



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Reabilitação**

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na Transição do  
regresso a casa da Pessoa com Lesão Medular**

**Eunice Cristina Marques Gabriel Rosendo**

**Professor Orientador: Joaquim Paulo Oliveira**

**2015**





“Eu penso que um herói é um indivíduo comum  
que encontra a força para perseverar e resistir  
apesar de obstáculos esmagadores (...)  
estes são os verdadeiros heróis,  
e assim são as famílias e os amigos que  
permanecem ao seu lado”

(trad. pela autora)

(Christopher Reeve, 1999, p.382).



## **AGRADECIMENTOS**

Este relatório representa o culminar de um percurso de 18 meses de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional, rumo à obtenção do grau de Mestre e do título de Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Essa aprendizagem e crescimento só foram possíveis com muito esforço, trabalho e dedicação mas não teriam acontecido sem a colaboração e a boa vontade daqueles a que agora me refiro. A todos os meus sinceros agradecimentos:

Ao Professor Joaquim Paulo Oliveira pela disponibilidade, direção e interesse com que sempre acompanhou o meu percurso formativo, especialmente por respeitar e compreender o meu interesse particular pela pessoa com LM.

Aos EEER orientadores do ensino clínico por disponibilizarem tempo, energia, interesse e entusiasmo pela minha aprendizagem.

Às melhores companheiras de curso que alguém pode desejar: Sara, Inês e Patrícia, pelo riso, pelas lágrimas, pela partilha ... por tudo!

Aos enfermeiros do Serviço de Nefrologia e Transplantação renal, Unidade de Diálise, do Centro Hospitalar Lisboa Norte, pela ajuda inestimável que tornou este percurso um pouco menos difícil.

À Elisabete, colega e amiga, por partilhar os últimos 11 anos do meu percurso profissional.

À minha família ... mãe, manas, sobrinhos e cunhados, pelo interesse, preocupação e amor.

Às 3 paixões da minha vida ... Jorge, Margarida e Mariana por me inspirarem a ser uma pessoa melhor e mais completa e por “esticarem” todos os limites do meu Amor!



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ASIA - *American Spinal Injury Association*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CMRA - Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ISCOS- *The International Spinal Cord Society*

LM - Lesão Medular

LVM - Lesão Vértebro-Medular

MAB - Método de Avaliação Biopsicossocial

MIF - Medida de Independência Funcional

MMSE - *Mini-Mental State Examination*

NIHSS - *National Institutes of Health Stroke Scale*

OE - Objetivo Específico

PQCEER - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

RMDE - Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

RN - *Rehabilitation Nurse*

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCI - *Spinal Cord Injury*

TVM - Traumatismo Vertebromedular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade WHO - *World Health Organization*





## RESUMO

Este Relatório delineia um percurso de 18 semanas de Ensino Clínico, no âmbito do 3º semestre do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, e foca-se na análise crítica e reflexiva do desenvolvimento das competências comuns e específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Ao longo deste período tive o privilégio de acompanhar e ver *in loco* a intervenção do EEER, assim como o impacto da mesma na pessoa com alterações neurológicas, cardiorrespiratórias, sensoriais, de sexualidade e de eliminação. O percurso foi preenchido com inúmeras experiências de aprendizagem que permitiram a consecução dos objetivos definidos e o desenvolvimento das competências como EEER, tendo-me sido possibilitado testemunhar ganhos em saúde relevantes nas pessoas de quem cuidei, através da aplicação de escalas e instrumentos de medida adequados e utilizados na prática diária da enfermagem de reabilitação.

O Projeto de Formação centrou-se na transição da pessoa com Lesão Medular (LM) no regresso a casa, sendo esta uma transição que se adivinha rodeada de dúvidas, medos e angústia, ao mesmo tempo que desejada. Foi adotada uma filosofia de cuidados guiada pela Teoria de Médio Alcance de Meleis e centrada na Pessoa e Família. A LM tem como causa principal o trauma, no entanto, as causas não traumáticas revestem-se de características muito semelhantes, no que diz respeito ao impacto na pessoa, família e sociedade. Por este motivo, neste relatório é escolhida a terminologia Lesão Medular, associada ou não a trauma e com ou sem componente vertebral, salientando essencialmente as sequelas da lesão na medula espinhal. O EEER, inserido numa equipa multidisciplinar, assume-se como um elemento crucial na reabilitação da pessoa com LM e na capacitação do cuidador familiar, facto concordante com a pesquisa realizada e a experiência vivida.

Neste contexto, o Problema Geral encontrado foi: **“Quais as competências que o EEER integra no seu campo de atuação e que poderão promover a resolução saudável da Transição da Pessoa com LM no regresso a casa”**.

**Palavras-Chave:** Enfermagem de Reabilitação; Pessoa em Transição; Lesão Medular; Regresso a casa; Cuidador Familiar.



## ABSTRACT

This report outlines an 18-week Clinical Education course, in the scope of the 3rd semester of the 5th Nursing Master's degree, Specialization Area of Rehabilitation Nursing, and focuses on the critical and reflective analysis of the development of common and specific skills of a Rehabilitation Nurse (RN). Throughout this period I had the privilege to follow and see *in loco* the intervention of the RN and its impact on the person with alterations on neurological, cardiopulmonary, sensory, sexual and elimination functions. The innumerable learning experiences enabled both the achievement of all the set goals as well as the development of skills as a RN, which allowed me to witness significant health improvements in people under my care, through the use of appropriate scales and instruments used in daily rehabilitation nursing practice.

The Training Project was centered on the homecoming transition of the person with Spinal Cord Injury (SCI), a transition likely to be surrounded by doubt, fear and anxiety, but at the same time desired. The adopted caring philosophy was guided by the Meleis Middle Range Theory and focused on the Individual and the Family. SCI has trauma as its leading cause, however, non-traumatic causes of SCI have very similar characteristics, regarding the impact on the individual, the family and society. For this reason, in this report SCI is the chosen designation, with or without trauma and with or without vertebral component, mainly highlighting the SCI *sequelae*. The RN, inserted in a multidisciplinary team, assumes itself as a crucial element in the rehabilitation of the person with SCI and in the training of the family caregiver, a fact consistent with the research undertaken and my lived experience.

In this context, the General Problem found was: **"What skills does the RN integrate in his field of intervention and may promote the healthy resolution of the homecoming Transition of the person with SCI"**.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Person in Transition; Spinal Cord Injury; Homecoming; Family Caregiver.



**ÍNDICE** **p**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
-------------------------	-----------

**1- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS:**

<b>UM PERCURSO TRANSICIONAL .....</b>	<b>26</b>
---------------------------------------	-----------

<b>1.1- Descrição das atividades segundo os objetivos definidos .....</b>	<b>26</b>
---	-----------

<b>1.2- Análise crítica e reflexiva das experiências de aprendizagem .....</b>	<b>42</b>
--	-----------

<b>2- AVALIAÇÃO .....</b>	<b>57</b>
---------------------------	-----------

<b>2.1- Aspetos positivos e negativos .....</b>	<b>57</b>
---	-----------

<b>2.2- Contributos para a prática de Enfermagem .....</b>	<b>59</b>
--	-----------

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E FUTURAS.....</b>	<b>62</b>
--	-----------

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>65</b>
---	-----------

**ANEXOS**

**Anexo I - Avaliação do EEER orientador do CMRA**

**Anexo II - Avaliação das EEER orientadoras da ECCI**

**APÊNDICES**

**Apêndice 1- Projeto de Formação**

**Apêndice 2- *Kit* de avaliação dos pares cranianos**

**Apêndice 3- Processos de Enfermagem de Reabilitação**

**Apêndice 4- Jornais de Aprendizagem**



## INTRODUÇÃO

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação: Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, sistematiza-se no presente relatório a descrição, análise e reflexão do percurso de desenvolvimento de competências realizado, enquanto aluna no 3º Semestre do Curso mencionado.

A formação especializada em enfermagem visa o desenvolvimento de competências humanas, técnicas e científicas, refletidas na auto-análise e numa prática reflexiva e prepara os enfermeiros para intervir em contextos diferenciados e complexos, “com repercussões na qualidade dos cuidados e simultaneamente como instrumento de produção de identidade social” (Amendoeira, 2009, p.9). O enfermeiro que investe na formação, de forma a produzir e renovar o seu próprio corpo de conhecimentos adquire uma prática profissional progressivamente mais especializada, atenta e personalizada, permitindo à população obter cuidados de enfermagem de qualidade perante as necessidades identificadas (Fonseca, 2015). No entanto, é importante que a teoria não seja separada da prática, razão pela qual o ensino clínico assume particular importância na “construção contínua de saberes” (Fonseca, 2015, p.5). No âmbito da Unidade Curricular: Estágio com Relatório, realizei um período de ensino clínico de 18 semanas que decorreu em dois locais: as primeiras 9 semanas no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA) e as restantes 9 semanas, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), inserida na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Cacém Care.

O CMRA é uma instituição vocacionada para a reabilitação da Pessoa com deficiência<sup>1</sup> física, seja esta congénita ou adquirida, de todas as idades, e a sua filosofia de cuidados está focada na promoção dos direitos desta Pessoa à cidadania e à integração social e profissional na sociedade. É reconhecido como um centro de referência em Medicina Física e de Reabilitação e dispõe de profissionais diferenciados, organizados em equipas multidisciplinares, em áreas como: Enfermagem de Reabilitação, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Ortoprotesia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, que asseguram a prestação

---

<sup>1</sup> **Pessoa com deficiência** considera-se neste relatório “a pessoa que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, (...), apresente dificuldades específicas susceptíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar a actividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.4).

individualizada de cuidados. O Serviço de Reabilitação Geral de Adultos onde realizei as primeiras semanas de ensino clínico era um dos antigos “Serviços de Lesões Vertebro-medulares”, destinando-se exclusivamente a adultos com sequelas de LM de etiologia traumática e não traumática. Nos últimos anos este serviço passou a integrar utentes vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), embora mantenha a sua preferência na admissão de utentes com LM.

O Agrupamento de centros de Saúde (ACES) de Sintra integra a UCC Cacém Care que operacionaliza uma ECCL, a qual, por sua vez, desenvolve a sua ação no âmbito do Programa de Cuidados Continuados Integrados, na perspetiva do definido no Dec. Lei nº 101/2006 de 6 de junho (ACES Sintra, 2013). A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) combina os cuidados de saúde com o apoio social, e assenta em três princípios fundamentais, sendo eles a reabilitação, a readaptação e a reintegração social. A população alvo da ECCL, UCC Cacém Care, são “todas as pessoas (...) portadoras de diversos tipos e níveis de dependência, que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social, na área de abrangência do Centro de Saúde Cacém” (ACES Sintra, 2013, p.83). Assim, tive a oportunidade de acompanhar, ao longo de 9 semanas, as duas EEER que prestavam cuidados de enfermagem de reabilitação domiciliários a utentes, com diferentes graus de dependência<sup>2</sup>, do foro neurológico (sequelas de LM, AVC, doença de Parkinson, meningioma), ortopédico (prótese total da anca, fratura de ramo ísquio-púbico), respiratório (pneumonia adquirida na comunidade, patologia respiratória restritiva e obstrutiva), demencial (doença de Alzheimer, demência senil) e paliativo (fase terminal de carcinoma da laringe, ovário e bexiga, com alterações respiratórias e neurológicas).

Os dois locais mencionados, onde tive o privilégio de realizar o ensino clínico, foram locais de excelência para o desenvolvimento das competências preconizadas, assim como, para a operacionalização do Projeto de Formação com o título: “**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Transição do regresso a casa da Pessoa com Lesão Medular**”. No CMRA todos

---

<sup>2</sup> **Dependência** – “Situação em que se encontra a pessoa, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência de apoio familiar ou de outra natureza, impossibilitando-a de, por si só, realizar as actividades de vida diária inerentes ao autocuidado ou às actividades instrumentais” (Pereira, 2013, p.26, citando o DL nº 101/2006 de 6 de junho).



os cuidados prestados visam a alta e a integração do utente na comunidade. O EEER desenvolve as suas intervenções com este objetivo e os ganhos atingidos são imprescindíveis à reintegração dos utentes nas suas atividades familiares, profissionais e sociais. Ao longo do internamento a presença da família/cuidador é constante, pelo que é possível começar a preparação do regresso a casa a partir do primeiro dia de internamento, por conhecer progressivamente o contexto ambiental e pessoal onde o utente está inserido. Na ECCI pode visualizar de perto as necessidades da pessoa dependente no autocuidado<sup>3</sup> que é transferida para o seu domicílio, assim como da família/cuidador, e desta forma ajuizar devidamente as limitações, as dúvidas e receios, assim como, as barreiras arquitetónicas e os obstáculos que são colocados diariamente diante da pessoa com LM ou outra situação de deficiência. Ao longo das 18 semanas de ensino clínico, pode compreender que a Enfermagem de Reabilitação dá resposta a vários desafios da sociedade atual e responsabiliza-se pela prestação de cuidados altamente qualificados, social e economicamente sustentáveis e centrados na pessoa e família. Além do mais, o EEER possui um conjunto de competências que o habilitam a exercer as suas funções de forma autónoma mas também em parceria, inserido numa equipa multidisciplinar<sup>4</sup>, assumindo uma visão integradora dos contributos dos diferentes profissionais, contribuindo para uma abordagem multi e interdisciplinar<sup>5</sup> da pessoa. Desta forma, a sua intervenção apresenta um impacto cada vez mais visível na redução da dependência da pessoa cuidada, na diminuição do número de reinternamentos dos doentes crónicos e na facilitação da reinserção familiar e profissional e da inclusão social<sup>6</sup> (Garcia, 2014).

A LM é um episódio biográfico com um impacto altamente significativo na vida da pessoa e família (Fontes & Martins, 2015) que pode resultar em alterações das funções motora, sensitiva e autónoma, com perda parcial ou total dos movimentos

---

<sup>3</sup> **Autocuidado**- Associado à Teoria de Dorothea Orem, o autocuidado é atualmente um conceito central na enfermagem, e pode ser definido como “um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades onde os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros têm um papel decisivo” (Petronilho, 2012, p.92).

<sup>4</sup> **Equipa multidisciplinar**- Composta por membros de várias disciplinas, em que cada disciplina identifica os seus objetivos (Hoeman, 2011).

<sup>5</sup> **Equipa Interdisciplinar**- Composta por membros de várias disciplinas, em que a equipa como um todo identifica os seus objetivos (Hoeman, 2011).

<sup>6</sup> **Reintegração, inserção e inclusão** são termos aparentemente semelhantes mas que encerram filosofias de pensamento diferentes. A integração e a inserção remetem para as capacidades e oportunidades que cada pessoa dispõe para se adaptar à sua deficiência/incapacidade; a inclusão pressupõe uma mudança social, política e individual dos cidadãos não deficientes, no sentido de promover uma sociedade inclusiva para a pessoa com deficiência/incapacidade (Dias, 2011; Rostelato, 2013).

voluntários e da sensibilidade (tátil, dolorosa e profunda) nos membros superiores e/ou inferiores e alterações no funcionamento dos sistemas urinário, intestinal, respiratório, circulatório, sexual e reprodutivo. Estas alterações implicam perdas sensoriais, motoras, descontrolo dos esfíncteres da bexiga e do intestino e complicações potenciais nas funções respiratória, térmica e circulatória, espasticidade e dor (Machado, Alvarez, Teixeira, Castelo Branco, & Figueiredo, 2015). Além destas, esperam-se alterações no funcionamento sexual (Kreuter, Taft, Siosteen & Biering-Sorensen, 2011) e respostas emocionais que, inicialmente, se manifestam por sentimentos negativos: frustração, desânimo, revolta, medo, raiva, tristeza, angústia, insegurança e baixa autoestima (Alvarez, Teixeira, Castelo Branco & Machado, 2013). Não só a pessoa vítima com LM, mas também a família experienciam sentimentos como sofrimento psíquico, depressão, ansiedade, desorganização no funcionamento familiar, dificuldades instrumentais (por exemplo, redução renda, perda de emprego) e diminuição da qualidade de vida (Simpson & Jones, 2012).

A medula espinhal é uma estrutura que em conjunto com o encéfalo forma o sistema nervoso central. Encontra-se situada no canal vertebral, formado pelas vértebras da coluna vertebral e é composta pelos segmentos cervical, torácico ou dorsal, lombar e sacrado (Ordem dos Enfermeiros, 2009b). Embora “menor em diâmetro que o dedo mínimo” (Haines, Mihailoff & Yezierski, 2006, p.186), é a mais importante via de condução bidirecional entre o corpo e o cérebro e assume funções essenciais, pois “transporta impulsos sensoriais dos braços, do tronco, das pernas e da maioria das vísceras e contém fibras e células que controlam os elementos motores encontrados nessas estruturas” (Haines et al., 2006, p.169). Consequentemente, a LM pode causar deficiências permanentes, ou até mesmo a morte, quando resulta em deterioração ou perda permanente das funções motora e/ou sensorial nos segmentos medulares por lesão nos elementos neurais do canal medular (Boldt, Velstra, Brach, Linseisen & Cieza, 2012). A LM pode ser completa quando a lesão ocorre em toda a espessura da medula espinhal ou incompleta. A escala de classificação da *American Spinal Injury Association* (ASIA) padronizou a classificação da LM entre os limiares de A a E, sendo: ASIA A (lesão medular completa); ASIA B (lesão motora completa e sensitiva incompleta); ASIA C (lesão sensitiva e motora incompletas); ASIA D (lesão incompleta com função motora

preservada abaixo do nível da lesão) e ASIA E (funções sensitiva e motora normais) (Silva, Schoeller, Gelbcke, Carvalho & Silva, 2012; Henriques, 2004).

*The National Spinal Cord Injury Statistical Center* (2013) refere que nos Estados Unidos da América as vítimas deste tipo de lesão são maioritariamente adultos jovens, do sexo masculino numa proporção de 8:2, com uma média de idade, desde 2010, de 42,6 anos. Segundo WHO & ISCOS (2013), a incidência de novos casos de LM oscila entre 40 e 80 por milhão no mundo inteiro, o que significa 250.000 a 500.000 novos casos por ano, sendo que cerca de 90% dos casos são devido a causas traumáticas, como acidentes de trânsito, quedas e violência. Um estudo levado a cabo no CMRA (Almeida, Ferreira e Faria, 2011) revelou que as lesões não traumáticas são normalmente provocadas por doenças neoplásicas, degenerativas e iatrogénicas, evidenciando-se outras etiologias como a infecciosa, idiopática, vascular e auto-imune.

Na realidade nacional, um estudo de Van den Berg, Castellote, Mahilo-Fernandez, & Pedro-Cuesta (2010), refere uma taxa de incidência de LM traumáticas, ou seja de traumatismos vertebro-medulares (TVM), em Portugal, na ordem dos 57.8 indivíduos por milhão, tendo sido encontrados dois picos etários: o primeiro pico, em adultos jovens entre 15 e 29 anos e um segundo pico em adultos com idade superior a 65 anos. Os acidentes de trânsito e as quedas foram as causas mais prevalentes de lesão representando percentagens quase iguais. Outro estudo, realizado por Cardoso (2006), analisou os processos clínicos de 1379 indivíduos com LM que estiveram internados no CMRA e no Hospital Curry Cabral, entre os anos de 1985 e 2000, tendo encontrado os seguintes dados:

- Etiologia: as causas traumáticas representam cerca de 79,3% da LM, com especial destaque para os acidentes de viação (41,5%) e para as quedas (30%); em terceiro lugar surgem as causas não traumáticas de LM com 20,7%;
- Género: 73% dos indivíduos pertencem ao sexo masculino;
- Idade: 37,8% das LM ocorreram entre os 15 e os 29;
- Nível da lesão: 62,8% dos casos resultaram em paraplegia, contra 37,2% de situações de tetraplegia.

Um interesse particular guiou-me ao tema deste trabalho, visto ter cuidado de pessoas portadoras de LM durante 8 anos do meu percurso profissional. A pesquisa efetuada confirmou a pertinência do tema e a relevância que a intervenção do EEER assume perante a pessoa com LM e família. A pesquisa compreendeu duas fases: a primeira fase<sup>7</sup> foi efetuada em maio e junho de 2014 na base de dados EBSCO, com a seleção de 11 artigos científicos, e nas bibliotecas da ESEL, com a eleição de 3 Teses de Mestrado e 1 Tese de Doutoramento; a segunda fase foi realizada com recurso à mesma estratégia de pesquisa, durante os meses janeiro e fevereiro de 2015, com o objetivo de aceder a evidência científica mais recente, tendo sido selecionados 3 artigos científicos, 1 Tese de Mestrado e 1 Tese de Doutoramento. Foram ainda consultados livros, periódicos, apontamentos e diapositivos, acedidos na frequência das unidades curriculares do 1º e 2º semestre deste curso.

Segundo Boldt et al. (2012), os cuidados prestados à pessoa com LM na fase aguda serão determinantes na recuperação neurológica e funcional e, por último, na qualidade de vida, pelo que, a reabilitação deverá ser iniciada logo que o estado clínico seja considerado estável. Silva et al. (2012, p. 930) afirmam que “reabilitar é tornar alguém novamente habilitado de algo que foi perdido”, sendo que a qualidade de vida da pessoa está relacionada com o retorno às atividades que realizava antes da ocorrência da situação de deficiência: o trabalho, a sexualidade e a independência na realização das atividades de vida diária (AVD)<sup>8</sup>. Neste contexto, o EEER realiza várias intervenções, incluindo o cuidado direto ao indivíduo, a educação do indivíduo e do cuidador, a gestão dos cuidados e o apoio psicossocial do indivíduo e família (Boldt et al., 2012). Segundo Fontes & Martins (2015, p. 166), existem 3 “momentos chaves” que exigem especial atenção por parte dos enfermeiros que cuidam a pessoa com LM:

- Primeiro momento-chave: no período inicial de internamento hospitalar, quando recebe o diagnóstico;
- Segundo momento-chave: a passagem da cama para a cadeira de rodas;
- Terceiro momento-chave: a primeira visita a casa, após a LM.

---

<sup>7</sup> Pesquisa detalhada nas páginas 19 e 20 do apêndice 1 deste Relatório.

<sup>8</sup> **AVD**- As atividades de vida diária são o foco da Teoria de Nancy Roper, no entanto, a utilização do termo assumiu um carácter transversal entre profissionais de saúde. Segundo Petronilho (2012, p. 18), “as AVD são, frequentemente, usadas para avaliação do autocuidado”.

Segundo os mesmos autores, a importância do terceiro momento-chave advém de dois fatores principais: o reencontro com a vida que tinham antes da lesão e a consciencialização das barreiras físicas, sociais e culturais que são apresentadas. Para Hoeman (2011, p. 25) “regressar a casa é um dos maiores desejos dos doentes envolvidos em programas de reabilitação”, apesar disso, num mundo construído em função de uma suposta normalidade, a pessoa com deficiência está sujeita a variadíssimos obstáculos e incompreensões. Além do mais, a saída do centro de reabilitação significa a perda de relações de amizade junto de outras pessoas que apresentam a mesma condição (Fontes & Martins, 2015).

Simultaneamente desejado e temido, o “momento-chave” do regresso a casa, perspectiva-se, então, como uma transição potencialmente angustiante para a pessoa com LM, colocando-a numa situação de especial vulnerabilidade<sup>9</sup>, razão pela qual, foi adotada uma filosofia de cuidados guiada pela Teoria de Médio Alcance<sup>10</sup> de Meleis e centrada na Pessoa com LM e Família, no sentido de sustentar as intervenções previstas pelo projeto de formação e nortear a elaboração deste relatório.

Uma conceção da prática centrada na Pessoa e Família assume razões válidas, visto que o alvo de intervenção do enfermeiro especialista é a pessoa e família, a entidade beneficiária, que é “entendida como um todo na sua relação com os conviventes significativos e a comunidade em que está inserida” (Ordem dos Enfermeiros, 2009a, p. 6). Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER) (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.5), “os cuidados de Enfermagem de Reabilitação dirigem-se à Pessoa em todas as fases do ciclo vital”, sendo que, a pessoa é a razão de ser do cuidado de enfermagem, o seu ponto de partida e de chegada (Collière, 1999). No entanto, a família também deve ser vista como alvo dos cuidados, pois segundo Fontes & Martins (2015, p.161) “no caso da maioria das pessoas com lesão medular, a diminuição da responsabilidade estatal tem sido compensada por um aumento da

<sup>9</sup> Meleis interliga os conceitos de Transição e **Vulnerabilidade**, e define vulnerabilidade como uma predisposição individual que é revelada pelas respostas da pessoa à transição (Im, 2010). Vulnerabilidade está associada a transições, interações, e condições ambientais que expõem a pessoa a danos reais e/ou potenciais (Meleis, 2010).

<sup>10</sup> **Teoria de Médio Alcance**: As teorias de médio alcance são caracterizadas por um alcance limitado e menos abstrato na sua aplicação do que as grandes Teorias. Além disso, eles abordam fenómenos e conceitos específicos que refletem a prática (Meleis, 2010).

responsabilidade familiar”, pelo que a intervenção do EEER assume uma importância significativa na coordenação, planeamento e execução de cuidados que serão prestados em ambiente domiciliário pela família/cuidador, visto que estes ficam sujeitos a um grande desgaste pela sobrecarga de atividades (Machado et al., 2015). Geralmente, a responsabilidade da prestação de cuidados a um familiar dependente de longa duração recai sobre um dos elementos da família, o cuidador<sup>11</sup> informal, ou cuidador familiar, ficando este com uma tarefa, às vezes imposta, que se revela desgastante a nível físico, emocional e, em algumas circunstâncias, financeiro (Petronilho, 2007).

Segundo o Regulamento dos PQCEER (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.4), “na orientação da prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, os modelos (...) das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a optimização da qualidade e do exercício profissional”. Chick & Meleis (Meleis, 2010, p.25) definem transição como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro” (trad. da autora). A transição é um conceito central em enfermagem, mas visto que as experiências de transição são diversificadas, complexas e variadas, Meleis desenvolveu uma teoria que descreve a natureza, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta comuns aos diferentes processos de transição, fatores que direcionam as diferentes intervenções de enfermagem. As transições caem dentro do domínio da enfermagem quando atendem à saúde e à doença ou quando as respostas à transição se manifestam em comportamentos relacionados com a saúde. Assim, promover a transição saudável é o alvo das terapêuticas de enfermagem, pois segundo Meleis (2010, p.52), os enfermeiros preparam “os clientes para a vivência das transições e facilitam o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagens nas experiências saúde/doença” (trad. da autora). De acordo com Meleis (2010) foram identificadas quatro tipos de transições centrais para a prática de enfermagem: desenvolvimental (mudanças ao longo do ciclo vital, como por exemplo a gravidez); saúde/doença (processos de saúde e de doença); situacional (situações que originam a mudança de papéis, alterações na dinâmica familiar, mudanças de estado civil) e organizacional

---

<sup>11</sup> **Cuidador:** O termo é aplicável a pessoas que prestam cuidados de prevenção, proteção e recuperação da saúde. O cuidador formal é aquele que possui formação referente à profissão e que, em geral, recebe remuneração em troca de seus serviços. O cuidador informal é habitualmente uma pessoa de família, motivo pelo qual é muitas vezes denominado como cuidador familiar (Machado et al., 2015).



(transições no ambiente e organizacionais). Na sua Teoria de médio alcance, Meleis refere que as transições podem ser únicas, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas ou não relacionadas, define quais as propriedades universais<sup>12</sup> da transição e quais os padrões de resposta<sup>13</sup>, indicadores de processo<sup>14</sup> e de resultado<sup>15</sup> (Im, 2010). Além de transições de saúde/doença, a pessoa com LM experiencia transições múltiplas, simultâneas e sequenciais, já que este tipo de lesão interfere na imagem corporal, nas relações interpessoais e altera, ou até mesmo destrói, os projetos de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2009b). Como tal, a compreensão do processo de transição com toda a sua complexidade, deve constituir um desafio para o EEER, de forma a prestar ajuda efetiva à pessoa, auxiliando-a a desenvolver mecanismos eficazes de adaptação e a recuperar o equilíbrio e o bem-estar, em acordo com o seu o projeto individual de saúde (Pereira, 2013).

Neste contexto único, preparar o regresso a casa da pessoa com LM implica avaliar cada situação como única, atuar em função da autonomia e da necessidade de autocuidado da pessoa e conhecer os fatores condicionantes do contexto domiciliário (Pinto, 2011), pelo que, a intervenção do EEER assume uma importância vital, dado que “utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p.1). Hoeman (2011, p.191) afirma que “uma avaliação completa das necessidades e recursos do doente e da comunidade, avaliar os serviços de saúde e as barreiras à reintegração são componentes e áreas essenciais em que as enfermeiras de reabilitação podem ser instrumentos de melhores resultados”. Segundo Scovil, Ranabhat, Craighead & Wee (2012), sem uma boa reintegração à comunidade, a pessoa com LM está mais propensa a obter complicações secundárias de saúde, tais como úlceras de pressão decorrentes da imobilidade, infeções do trato urinário e complicações respiratórias, resultando em reinternamentos frequentes ou mesmo na morte. Na mesma linha de

---

<sup>12</sup> As **propriedades universais** das transições são: a consciencialização, o envolvimento/ajustamento, a mudança e diferença, o espaço de tempo ou período da transição e os eventos críticos.

<sup>13</sup> Os **padrões de resposta** à transição dividem-se em indicadores de processo e de resultado.

<sup>14</sup> Os **indicadores de processo** englobam: sentimentos de ligação/sentir-se ligado; interação; desenvolver confiança e adaptação/*coping*; localizar e estar situado.

<sup>15</sup> Os **indicadores de resultado**, são: mestria/domínio e identidade integrada/integração fluida.

pensamento, outro estudo (Boldt et al., 2012) refere que os enfermeiros contribuem significativamente na prevenção de complicações no ambiente comunitário, por supervisionar o auto-cateterismo vesical intermitente com técnica limpa para evitar infecções, e por fornecer conselhos sobre como realizar a inspeção diária da pele para prevenir úlceras de pressão, e que especificamente o enfermeiro de reabilitação intervém na capacitação do indivíduo e da sua família ou cuidadores para assumir o controlo de gestão dos seus próprios cuidados futuros.

Assim, o Problema Geral encontrado foi: **"Quais as competências que o EEER integra no seu campo de atuação e que poderão promover a resolução saudável da Transição da Pessoa com LM no regresso a casa"**. Para este problema foram definidos um objetivo geral e 9 objetivos específicos, sendo estes:

- Objetivo Geral: "Desenvolver competências no campo de intervenção<sup>16</sup> definido para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na Transição do Regresso a casa da pessoa com LM".

- Objetivos Específicos (OE):

**OE1-** Ampliar os conhecimentos técnicos e científicos na área da prestação de cuidados à pessoa com LM que sirvam de base a uma prática de qualidade baseada na evidência;

**OE2-** Integrar as equipas de cuidados nos locais de ensino clínico de forma a identificar o campo de atuação do EEER;

**OE3-** Desenvolver uma relação profissional e terapêutica com a pessoa com LM que favoreça uma correta avaliação das limitações e uma boa adesão aos planos de intervenção;

**OE4-** Colaborar na conceção e implementação de programas de intervenções no domínio da enfermagem de reabilitação;

**OE5-** Conceber, implementar, avaliar e reformular, se necessário, intervenções de enfermagem de treino motor e respiratório que visam melhorar as funções residuais, prevenir complicações e incapacidades;

---

<sup>16</sup> **Campo de Intervenção especializado-** "Delimitação do espaço de actuação profissional do enfermeiro especialista por áreas de intervenção" (Ordem dos Enfermeiros, 2009a, p.6).



**OE6-** Monitorizar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com LM, de forma a reduzir o risco de alteração da funcionalidade;

**OE7-** Avaliar as intervenções de enfermagem que possam ser traduzidas em ganhos em saúde, a nível individual, familiar e social;

**OE8-** Conhecer os recursos da comunidade que poderão facilitar a inclusão social da pessoa com LM;

**OE9-** Desenvolver um programa de intervenções em conjunto com a pessoa com LM e família/cuidador para implementar no domicílio.

Este relatório apresenta-se como elemento de avaliação e será objeto de discussão pública para a atribuição do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. O mesmo encontra-se dividido em duas partes: a primeira relacionada com o percurso realizado no desenvolvimento das competências e a segunda com a auto-avaliação desse mesmo percurso.

Na primeira parte, é realizada uma descrição das atividades desenvolvidas, enquadrando as mesmas nos objetivos definidos, elaborados com a finalidade de desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do EEER. À descrição segue-se a análise crítica e reflexiva das experiências vividas e o modo como as mesmas foram determinantes para desenvolver as competências desejadas e atingir os objetivos propostos. Na segunda parte é realizada uma avaliação do percurso efetuado, os aspetos positivos e os aspetos negativos desse mesmo percurso, assim como, a forma como as competências desenvolvidas são fulcrais na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados na minha prática diária, ou seja, como o saber acumulado neste percurso formativo, e consequente qualificação académica, servem de trampolim para uma prática profissional atenta, reflexiva e mais competente que dê resposta às necessidades da sociedade moderna. Benner (2001, p.14) defende que a “prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”.

## **1- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: UM PERCURSO TRANSICIONAL**

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009a, p.6), “a prática clínica é a actividade nuclear do enfermeiro especialista e implica competências especializadas adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de Enfermagem”. O período de prática clínica, em contexto de ensino clínico, sobre o qual se debruça este relatório compreendeu as duas experiências de estágio já mencionadas: a primeira com a duração de 9 semanas e 237,5 horas de prestação de cuidados e a segunda com a mesma duração e 264 horas de cuidados, num total de 18 semanas (período de 29/09/2014 a 13/02/2015) e 501,5 horas. Este período de estágio foi abundante em oportunidades e experiências de aprendizagem. Não sendo possível transmiti-las todas neste relatório, deter-me-ei perante as mais importantes, no ponto de vista de desenvolvimento das competências.

Como ponto de partida, perante a necessidade de relatar as minhas competências recém-adquiridas em contexto de ensino clínico, senti-me compelida a recorrer à definição da própria palavra “competência”, sendo que esta “refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.16). Entende-se como domínio de competência, “uma esfera de acção compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (Ordem dos Enfermeiros, 2009a, p.11).

Alicerçada na fundamentação teórica já exposta, no conhecimento dos critérios exigidos para a construção deste relatório e nas minhas experiências de ensino clínico recém-vividas, inicio então o relato deste percurso vivido e cumprido.

### **1.1- Descrição das atividades segundo os objetivos definidos**

Perante os objetivos delineados, um conjunto de atividades foram planeadas no sentido de atingir os objetivos definidos e o desenvolvimento das competências preconizadas para o EEER. O seu planeamento e calendarização constam no Apêndice 1 deste relatório.

Assim, num primeiro momento, irei proceder à descrição destas mesmas atividades no contexto do ensino clínico realizado, a forma como foram desenvolvidas, as intercorrências previstas e não previstas, as dificuldades experienciadas e as razões que levaram ao desenvolvimento de outras atividades que não estavam planeadas. A descrição das atividades seguirá a linha de orientação projetada na elaboração dos objetivos, assim como a sua ordem numérica.

❖ Atividades desenvolvidas na consecução do OE1<sup>17</sup>

Para atingir este objetivo contei com todo o saber que foi acumulado na frequência das unidades curriculares ministradas, ao longo do primeiro e segundo semestre deste curso. Os conteúdos teóricos, teórico-práticos e práticos foram determinantes no desenvolvimento de conhecimentos humanos, técnicos e científicos sobre as principais alterações respiratórias presentes na pessoa com LM (comprometimento dos músculos respiratórios, acumulação de secreções, tosse ineficaz, diminuição da ventilação pulmonar), meios complementares de diagnóstico e avaliação (Rx tórax, gasimetria arterial, auscultação, etc.), e sobre as principais alterações sensório-motoras presentes na pessoa com LM a nível das funções motora, sensorial, cognitiva, eliminação e sexualidade.

Na fase da elaboração do projeto de estágio, na unidade curricular: Opção II, no 2º semestre deste curso, foi ainda necessário realizar uma consulta adicional de bibliografia pertinente ao tema do projeto, tais como, livros, artigos em revistas e trabalhos académicos, assim como, pesquisar na base de dados EBSCO (Medline, Cinahl) para aceder a evidência científica atualizada. Visto que as pessoas de quem cuidei em contexto de ensino clínico ofereceram um leque tão variado de condições clínicas, a consulta e a pesquisa bibliográficas foram continuadas ao longo de todo o 3º semestre, tal como a calendarização prevista no cronograma.

Além das atividades previstas, para atingir este objetivo recorri ao saber acumulado pelos enfermeiros orientadores, assim como a documentos presentes e disponíveis nos locais de estágio que forneceram subsídios importantes na

---

<sup>17</sup> Ampliar os conhecimentos técnicos e científicos na área da prestação de cuidados à pessoa com LM que sirvam de base a uma prática de qualidade baseada na evidência

solidificação dos conhecimentos teóricos. Neste contexto, considero ter atingido o OE1.

❖ Atividades desenvolvidas na consecução do OE2<sup>18</sup>

O OE2 foi igualmente atingido com o desenvolvimento das atividades planeadas. No dia 21/05/2014 realizei uma visita ao centro de reabilitação onde decorreu o primeiro período de ensino clínico, tendo sido possível reunir com a enfermeira supervisora que deu a conhecer alguns dados importantes sobre a instituição, assim como parte do espaço físico da mesma. Em seguida, a enfermeira supervisora acompanhou-me ao serviço que seria o local de estágio, tendo sido apresentada formalmente à enfermeira-chefe. Pude ainda conhecer uma parte da equipa de enfermagem, inclusive uma EEER com a qual partilhei alguns dos objetivos e atividades planeadas no projeto de formação. No dia 4/06/2014 reuni com as EEER da ECCI onde decorreu o segundo período de ensino clínico, tendo sido possível na altura conhecer uma parte da ECCI e do espaço físico do Centro de Saúde, assim como a dinâmica de trabalho das 2 EEER que iriam ser as orientadoras de estágio. As entrevistas realizadas encontram-se detalhadas no Apêndice III do projeto de formação (Apêndice 1 deste relatório).

A minha apresentação aos restantes elementos da equipa multidisciplinar decorreu durante a primeira semana de cada período de ensino clínico, assim como, a apresentação do projeto de estágio aos enfermeiros orientadores. Por sugestão dos enfermeiros orientadores, não foi realizada uma apresentação formal do projeto, mas apenas uma apresentação informal com entrega de uma cópia do projeto e discussão das atividades planeadas.

Ao longo das 2 primeiras semanas de cada período de ensino clínico e seguindo a calendarização prevista em cronograma, foi possível conhecer a dinâmica e funcionamento da equipa multidisciplinar, assim como o método de trabalho das equipas de enfermagem e a organização da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação prestados pelos EEER orientadores. Foi ainda efetuada a consulta de manuais de procedimentos, protocolos de serviço, instrumentos e

---

<sup>18</sup> Integrar as equipas de cuidados nos locais de ensino clínico de forma a identificar o campo de atuação do EEER

escalas de avaliação utilizados na prática de enfermagem. Assim, tomei conhecimento que no CMRA, o método de prestação de cuidados de enfermagem é o de Enfermeiro Responsável. Na altura da admissão do utente são nomeados, pela Enfermeira Chefe ou pelo enfermeiro responsável de turno, um EEER e um enfermeiro generalista que serão responsáveis pela gestão dos cuidados de enfermagem daquela pessoa em particular, durante aquele internamento. Os dois enfermeiros assumem a responsabilidade pela elaboração e atualização do Plano de Cuidados que segue a linguagem do modelo teórico de Nancy Roper, pela colheita de dados e pela elaboração da carta de transferência e contacto com o enfermeiro da comunidade, na altura da alta. Na ECCI, a distribuição dos utentes com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação é realizada diariamente pelas 2 EEER, consoante as necessidades e especificidades dos cuidados. Visto uma das EEER ser Mestre em cuidados paliativos, todos os utentes com esta especificidade são cuidados por esta enfermeira. Semanalmente é elaborado um plano com a distribuição dos utentes pelos 5 dias da semana.

Ao longo dos dois períodos de ensino clínico o acompanhamento dos enfermeiros orientadores na prestação de cuidados foi uma constante, assim como a minha colaboração nas diversas situações de cuidados.

#### ❖ Atividades desenvolvidas na consecução do OE3<sup>19</sup>

Meleis considera a interação como uma ferramenta essencial e central na prestação das terapêuticas de enfermagem, pois é na relação enfermeiro-cliente que o enfermeiro pode obter informação primordial das necessidades de enfermagem (Meleis, 2010). Neste sentido, ao longo de todo o período de Ensino Clínico tive a oportunidade de desenvolver competências relacionais com a pessoa e família, nos vários momentos de interação, através da escuta ativa, respeito caloroso, reformulação e compreensão empática (Phaneuf, 2005). Estes momentos de interação aconteceram em situações de colheita de dados, durante a prestação direta de cuidados de enfermagem e em conversas com o utente e família/cuidador.

---

<sup>19</sup> Desenvolver uma relação profissional e terapêutica com a pessoa com LM que favoreça uma correta avaliação das limitações e uma boa adesão aos planos de intervenção.

Segundo Meleis, as intervenções terapêuticas de enfermagem incidem sobre as condições facilitadoras e inibidoras à transição saudável do cliente, e sobre os modelos de resposta do cliente perante a mesma transição (Im, 2010). Por outro lado, esta teoria exige do enfermeiro uma ação sobre o ambiente do cliente para potenciar os fatores facilitadores e diminuir o impacto dos inibidores, pelo que terá de conhecer as pessoas significativas, as crenças e valores do próprio e da família, assim como desenvolver ações de apoio e ensino que capacitem o cliente e família na tomada de decisão (Im, 2010). Neste sentido, nas várias situações de cuidados, realizei uma avaliação da forma como a pessoa estava a vivenciar a sua transição saúde-doença e como a família estava a vivenciar a sua transição para o papel de familiar cuidador, assim como, das condições facilitadoras e inibidoras à transição saudável. No primeiro período de ensino clínico isso foi feito através entrevista com a pessoa/família/cuidador, por conhecer as reais circunstâncias da pessoa, assim como o ambiente envolvente. Posteriormente eram programados ensinamentos e sessões de treino, de forma a capacitar para o autocuidado e preparar o regresso a casa, sendo que, “o ensino enquadra-se numa lógica de transferência de conhecimentos e capacidades para o cuidador (...) centrado na aquisição de saberes e saber-fazer, devendo ser implementado como um processo sistematizado” (Petronilho, 2007, p. 76). No segundo período de ensino clínico, visto ter sido realizado em contexto de EEER, a própria reabilitação era realizada no contexto domiciliar pelo que o próprio cuidador observava a evolução de todo o programa de reabilitação. Por outro lado, o programa de reabilitação era elaborado tendo em conta o ambiente envolvente, os obstáculos e as barreiras arquitetónicas presentes no domicílio. Nos dois contextos de ensino clínico foi sempre possível envolver a família, pessoas significativas e cuidadores como parte integrante do processo de reabilitação.

Durante o ensino clínico e conforme programação foram elaborados 4 jornais de aprendizagem (Apêndice 4), dois por período de ensino clínico. O jornal de aprendizagem é um instrumento de aprendizagem valioso porque implica a reflexão sobre a prática, auxilia o desenvolvimento profissional e pessoal e favorece a análise crítica do sucedido. Os 4 documentos elaborados incidiram sobre a intervenção do EEER em contexto de centro de reabilitação e na comunidade, sobre a interação EEER/família/cuidador e sobre a intervenção do EEER na RNCCI. Em simultâneo fiz

algumas narrativas de situações de cuidados específicas que me auxiliaram na consciencialização da minha posição perante as mesmas.

Segundo Santos (2014, p.95), “os enfermeiros e, em concreto os enfermeiros de reabilitação, experienciam múltiplas situações de cuidados emocionalmente significativas para as quais tem de estar preparados”, assim, ao longo do estágio, foi importante discutir regularmente com os enfermeiros orientadores questões éticas e quotidianas da prática, relevantes para a minha aprendizagem, relacionadas com a pessoa cuidada, com o cuidador, com as solicitações de cuidados de enfermagem de reabilitação, estabelecimento de prioridades de intervenção etc. Periodicamente era realizada uma análise, em conjunto com os EEER orientadores sobre o desenvolvimento das minhas competências técnicas e humanas de enfermagem de reabilitação, tendo em vista a sua constante melhoria e aperfeiçoamento. Esta análise visava compreender quais as competências mais e menos desenvolvidas e as técnicas que necessitavam de maior treino para aperfeiçoamento.

#### ❖ Atividades desenvolvidas na consecução do OE4<sup>20</sup>

Após as primeiras duas semanas, em cada período de ensino clínico, foi possível começar a colaborar na conceção e implementação de programas de intervenções no domínio da enfermagem de reabilitação, com o auxílio dos enfermeiros orientadores. No primeiro local de ensino clínico, na terceira semana de estágio comecei a elaborar o plano de intervenções de reabilitação a 2 e 3 utentes, no início de cada turno, sendo esse plano discutido com o enfermeiro orientador. No segundo período de ensino clínico, as EEER orientadoras realizavam um plano semanal de utentes, pelo que podia decidir com maior antecedência quais as intervenções de enfermagem de reabilitação, a sequência e a prioridade das mesmas.

Em conjunto com os EEER orientadores elaborei processos de enfermagem de reabilitação, dos quais apresento 4 como exemplo no Apêndice 3, que foram ajudas valiosas na sistematização do meu pensamento e da minha atuação no campo de intervenção da Enfermagem de Reabilitação. Os processos de

---

<sup>20</sup> Colaborar na conceção e implementação de programas de intervenções no domínio da enfermagem de reabilitação

enfermagem de reabilitação elaborados iniciaram-se com a colheita de dados sobre o estado de saúde da pessoa por intermédio de diversas fontes (utente, familiares/cuidador, processo clínico, plataforma de dados de saúde, etc.). Esta avaliação inicial foi fundamental para definir uma linha de partida para a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem, aplicando instrumentos de avaliação adequados à situação de saúde, e estabelecendo prioridades adequadas aos diagnósticos de enfermagem definidos. Os planos de cuidados foram elaborados utilizando o modelo baseado nas Atividades de Vida de Nancy Roper, visto ser o modelo utilizado pela equipa de enfermagem no primeiro local de ensino clínico.

Nos dois locais de estágio prestei cuidados globais de reabilitação, pelo que diariamente realizei os registos de enfermagem, em formulários próprios da instituição, no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e na plataforma da RNCCI, e participei na transmissão de ocorrências. Além dos registos relativos às intervenções de enfermagem de reabilitação, participei na continuidade de projetos institucionais e programas de prestação de cuidados na área da qualidade (ex. avaliação do risco de quedas e úlceras de pressão), através da aplicação de instrumentos de avaliação e de medida adequados e da instituição das medidas preconizadas de acordo com o nível de risco calculado.

Foi ainda possível participar na transmissão da informação acerca da evolução clínica da pessoa, e necessidade de cuidados a outros elementos da equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, psicóloga, assistente social), tendo colaborado com a mesma na prestação de cuidados à pessoa com necessidades de cuidados de reabilitação. No primeiro período de ensino clínico tive a oportunidade de estar presente nas 3 reuniões que eram realizadas com a equipa multidisciplinar, ao longo do internamento do utente: reunião de objetivos, reunião de reavaliação e reunião de família. Desta forma compreendi a dinâmica existente entre os vários elementos da equipa. Assim, considero ter atingido o OE4.



❖ Atividades desenvolvidas na consecução do OE5<sup>21</sup>

Para atingir o OE5 foi necessário consolidar conhecimentos teóricos, práticos e científicos, tendo estes já sido mencionados na consecução do OE1. No entanto, a aplicação destes conhecimentos a situações reais de cuidados exigem outro tipo de saber e prática que se adquire de forma gradual.

No primeiro período de ensino clínico, após as primeiras semanas de estágio foi possível, em conjunto com o EEER orientador, desenvolver e avaliar intervenções de enfermagem de treino motor e respiratório com vista à melhoria das funções residuais, prevenindo complicações e incapacidades. Conforme já mencionado, no local onde decorreu o primeiro período de ensino clínico, eram internados utentes com LM e também utentes com AVC, pelo que tive a oportunidade de planear, implementar, avaliar e reformular, se necessário, intervenções de enfermagem de reabilitação quer a pessoas com LM quer com AVC. No segundo período de ensino clínico, tendo em conta o treino já desenvolvido no primeiro, foi mais simples e rápida a integração das técnicas de reabilitação no contexto global de cuidados. No local onde decorreu o segundo período de estágio, os utentes apresentavam uma panóplia mais diversa de situações clínicas, já descritas anteriormente, pelo que as experiências de aprendizagem foram muito diferenciadas.

Ao longo do estágio pude realizar as seguintes intervenções de enfermagem de reabilitação:

➤ Intervenções realizadas à pessoa com alterações sensório-motoras

- Mobilizações articulares e de fortalecimento muscular: passivas, ativas assistidas e ativas (automobilizações);
- Mobilizações e exercícios de fortalecimento muscular numa utente submetida a prótese total da anca;
- Mobilizações e exercícios de fortalecimento muscular numa utente com fratura de ramo ísquio-púbico;
- Posicionamentos terapêuticos;
- Treino de equilíbrio estático e dinâmico;

---

<sup>21</sup> Conceber, implementar, avaliar e reformular, se necessário, intervenções de enfermagem de treino motor e respiratório que visam melhorar as funções residuais, prevenir complicações e incapacidades.

- Treino de ortostatismo (*Standing frame*, posição de pé nos pés da cama) e correção postural;
- Levante e transferências com e sem tábua: cama/cadeira de rodas/cama, cama/cadeira de duche/cama, cadeira-de-rodas/assento do carro (ajustes na cadeira de rodas: comprimento e angulação da base de apoio dos pés; seleção da cadeira de rodas: manual, elétrica, com e sem apoio de braços, reclinável);
- Treino de marcha com auxiliares de marcha (canadianas, pirâmide-tripé, andarilho, bastão e bengala) e com prótese no membro inferior;
- Treino de subir e descer escadas com cadeira de rodas e canadianas;
- Treino de AVD: higiene (lavar a cara, dentes, maquilhagem, barbear e banho total), vestir/despir (parte de cima, parte de baixo, calçado) e alimentação (líquidos, sólidos e pastosos, administração de espessante);
- Treino vesical da pessoa com LM: ensino e treino na auto-cateterização e auto-algaliação vesical, com técnica limpa; ensino sobre o diário de líquidos ingeridos/eliminados;
- Treino intestinal: ensino e treino da pessoa com LM e AVC;
- Atividades terapêuticas no leito e colchão: *long sitting*, ponte, rolar, gancho, carga no cotovelo;
- Colocação de tala pneumática no membro superior parético da pessoa com AVC;
- Exercícios de reabilitação sensorial e cognitiva e treino de motricidade fina;
- Estimulação propriocetiva da pessoa com AVC em cadeira de baloiço;
- Aplicação de instrumentos e escalas de avaliação (MIF, índice de *Barthel*, NIHSS, escala de *Berg*, escala de *Morse*, escala de *Braden*, MMSE, MAB, escala de *Glasgow*);
- Avaliação neurológica na pessoa com AVC, inclusive avaliação dos pares cranianos;
- Avaliação neurológica na pessoa com LM.

➤ Intervenções realizadas à pessoa com alterações cardiorrespiratórias

- Avaliação do padrão respiratório, auscultação dos campos pulmonares, avaliação dos sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória, temperatura timpânica e saturação periférica de oxigénio) e de meios complementares de diagnóstico (plestimografia e radiografia de tórax);
- Reeducação ventilatória, com dissociação dos tempos ventilatórios;

- Ensino da tosse para limpeza das vias aéreas: tosse assistida e tosse dirigida;
- Aspiração mecânica de secreções;
- Exercícios de tonificação diafragmática e intercostal;
- Exercícios de abertura costal global, com e sem bastão, e abertura costal seletiva;
- Manobras acessórias: percussão, vibração e compressão;
- Utilização de dispositivos auxiliares (espirómetro de incentivo);
- Avaliação final do padrão respiratório, auscultação dos campos respiratórios e saturação periférica de O<sub>2</sub>.

As intervenções descritas foram desenvolvidas utilizando o processo de enfermagem como método científico de trabalho. Pela elaboração de um plano de cuidados globais/ reabilitação adaptado à pessoa com alterações sensório-motoras e/ou respiratórias foi possível estabelecer as prioridades corretas na minha atuação. Segundo Hoeman (2011, p. 20) “as enfermeiras de reabilitação usam o processo de enfermagem quando trabalham com os doentes para prevenir problemas potenciais, aliviar problemas actuais e lidar eficientemente com problemas que não podem ser curados ou resolvidos”. Os processos de enfermagem elaborados, assim como os planos de cuidados, foram comunicados e discutidos com os EEER orientadores.

Além das intervenções planeadas, foram ainda desenvolvidas as seguintes atividades não previstas no projeto de formação:

- Consulta do processo dos utentes e respetivos planos de cuidados;
- Prestação de cuidados de enfermagem geral em colaboração com os enfermeiros EEER orientadores, e rentabilização dos mesmos no sentido de atuar do ponto de vista da Enfermagem de Reabilitação, de modo a promover a autonomia nas AVD, alimentação, mobilidade, higiene pessoal e vestuário;
- Esclarecimento sobre questões, dúvidas e medos relacionados com o desempenho sexual da pessoa com LM e transmissão da informação ao médico assistente para posterior referência à Consulta de Disfunção Sexual Neurogénica (CMRA);
- Visita aos vários departamentos no CMRA: ginásio, piscina, Lokomat® (treino de marcha robotizado com suporte do peso corporal) e *Treadmill* (Treino da marcha com suporte do peso corporal), estudo urodinâmico e estudos funcionais respiratórios;

- Intervenções realizadas no serviço de AVD<sup>22</sup>:

- a) Admissão do utente no departamento: entrevista ao utente e família (quando acompanhado), ler notas de admissão/score MIF e registos dos cuidados prestados; Identificação barreiras arquitetónicas domicílio: desenho de wc; sugestão de alterações (obras); fornecer panfletos WC existentes; troca de *mail* com familiar para fotos e dúvidas;
- b) Treino AVD: vestir/despir, pentear, barbear, maquilhagem, escovar os dentes, simulação entrar na banheira e sentar na sanita, utilizando o alteador de sanita (2 tamanhos), tábua e cadeira de banho;
- c) Demonstração e treino com os seguintes produtos de apoio e dispositivos de compensação: dispositivo em S, abotoador de botões, engrossador de cabo, calçadeira de sapatos, calçadeira de meias para LM e AVC, cadeira de rodas, andarilho, tripé, canadiana, bastão;
- d) Ensino ao cuidador/família: transferências CR/cama e cama/CR, CR/banheira/sanita, medidas de segurança, estimular independência nas AVD;

- Kit de avaliação dos pares cranianos: por sugestão do EEER orientador no primeiro local de ensino clínico, em face de uma necessidade real do serviço, foi elaborado um *kit* de avaliação de pares cranianos acompanhado pelo respetivo guia de avaliação (os itens que foram incluídos no *kit*, assim como o guia de avaliação, encontram-se no Apêndice 2);

- Dossier de escalas: no segundo período de ensino clínico, as EEER orientadoras referiram falta de familiaridade no uso de algumas escalas de avaliação utilizadas na prática da enfermagem de reabilitação, pelo que colaborei na realização de um *dossier* onde foram agrupadas as seguintes escalas: ASIA, *Ashworth* modificada, *Berg*, *Braden*, *Lower*, MIF, MMSE (*Mini-Mental State Examination*), *Morse*, NIHSS (*National Institutes of Health Stroke Scale*) e Índice de *Barthel*.

Estas atividades desenvolvidas e não previstas no projeto foram uma mais-valia importante na minha aprendizagem, pelos subsídios na solidificação de conhecimentos teóricos e também pela satisfação de ter dado algum contributo, com

---

<sup>22</sup> O primeiro período de ensino clínico, com a duração total de 9 semanas, incluiu um período de 2 semanas no **serviço de AVD**. Neste serviço exercem funções apenas EEER que prestam cuidados de enfermagem de reabilitação a utentes internados em qualquer um dos serviços de reabilitação geral de adultos da instituição. O EEER avalia a capacidade para a realização de AVD, demonstra, treina e prescreve produtos de apoio e avalia as características do domicílio, no sentido de sugerir alterações. Os utentes são referenciados para o serviço de AVD pelo médico assistente.

as 2 últimas atividades mencionadas, no seio das equipas de enfermagem que me receberam com simpatia, respeito e espírito de partilha. Dou particular relevância aos EEER orientadores que tanto deram deles próprios em função da minha aprendizagem. Desta forma considero ter atingido o OE 5.

❖ Atividades desenvolvidas na consecução do OE6<sup>23</sup>

Na consecução do OE6 foi realizada a monitorização dos cuidados de enfermagem prestados de forma a reduzir o risco profissional e de alterações da funcionalidade.

Para despistar as alterações de funcionalidade nas pessoas de quem cuidei, apliquei escalas e instrumentos de medida e realizei avaliações regulares e comparativas com a avaliação anterior e/ou avaliação inicial. No local onde decorreu o primeiro período de ensino clínico são utilizados os instrumentos ASIA e MIF: a ASIA é utilizada na admissão do utente em utentes com LM, ao passo que a MIF é aplicada em todos os turnos e em todos os utentes. No local onde decorreu o segundo período de ensino clínico são utilizados o índice de Barthel em todos os utentes e em todas as visitas e a escala de Morse nos utentes em cuja avaliação inicial apresentem risco de queda. Pela aplicação destes e outros instrumentos de avaliação foi possível assegurar a implementação de intervenções de enfermagem que garantiram a diminuição do risco identificado, nomeadamente, o risco de quedas, o risco de úlceras de pressão, o risco de aspiração gástrica, etc.

Ao longo de todo o período de ensino clínico, zelei pela transmissão de informação clínica da pessoa e necessidade de cuidados, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados e a prevenção do risco e garanti a manipulação correta dos equipamentos disponíveis e necessários para garantir a qualidade e a segurança nos cuidados. Os princípios de ergonomia foram respeitados no contexto de cuidados e lembrados regularmente com os EEER orientadores. No local onde decorreu o primeiro período de ensino clínico os enfermeiros possuíam uma cinta lombar, fornecida pela instituição para reduzir o risco de lesões lombares e da

---

<sup>23</sup> Monitorizar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com LM de forma a reduzir o risco profissional e de alterações da funcionalidade.

lombalgia, associados aos cuidados de enfermagem prestados. Neste contexto, considero ter atingido o OE6.

❖ Atividades desenvolvidas na consecução do OE7<sup>24</sup>

Vários são os estudos científicos que garantem a diminuição dos reinternamentos do doente crónico, a diminuição das úlceras de pressão, o aumento da funcionalidade e a diminuição das complicações associadas à imobilidade, pela intervenção do EEER (Boldt, et al., 2012; Machado et al., 2015).

Assim, na avaliação inicial, é essencial que o EEER realize uma colheita exaustiva de dados e determine as necessidades de intervenção, sendo que também deverá identificar os aspetos psicossociais e familiares que interferem nos processos adaptativos e de transição à deficiência, assim como os fatores facilitadores e inibidores. Esta avaliação é essencial visto que o EEER deve na sua atuação “envolver o cliente e pessoas significativas no processo de cuidados, ensinando e treinando, tendo em conta os recursos existentes no domicílio” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.10). Neste sentido, a identificação das barreiras arquitetónicas e obstáculos presentes no domicílio do utente, de redes formais e não formais disponíveis na comunidade e do ambiente sociofamiliar, é indispensável.

A aplicação de escalas e instrumentos de medida, consensualmente utilizados na prática diária da enfermagem de reabilitação, é determinante na avaliação dos ganhos em saúde, pois permite a análise comparativa após as intervenções, além de que poderá despistar situações de diminuição da funcionalidade e/ou agravamento neurológico, conforme mencionado no OE6. Esta análise comparativa e regular deverá ser iniciada na avaliação inicial e continuada ao longo de todo o internamento, de forma a garantir o aproveitamento máximo das potencialidades da pessoa com LM, ou outras alterações neurológicas, por avaliar os resultados do programa de reabilitação instituído. A ASIA, a MIF e o Índice de Barthel são exemplos de instrumentos que poderão ser utilizados com o objetivo de monitorizar os défices neurológicos e a funcionalidade, e em simultâneo traduzir os ganhos em saúde conseguidos até ao momento.

---

<sup>24</sup> Avaliar as intervenções de enfermagem que possam ser traduzidas em ganhos em saúde, a nível individual, familiar e social.

Assim, no primeiro local onde realizei ensino clínico, constatei que o familiar é envolvido na identificação das barreiras arquitetónicas presentes no domicílio do utente e, por vezes, os EEER que exercem funções no serviço de AVD, em articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, marcam uma visita domiciliária para decidir sobre produtos de apoio mais específicos. A avaliação de ganhos em saúde é realizada pela avaliação comparativa da MIF, ao longo de todo o internamento.

No segundo período de ensino clínico as mesmas atividades são desenvolvidas no próprio domicílio da pessoa cuidada. O EEER avalia o espaço físico do domicílio e aconselha os produtos de apoio pertinentes à reabilitação do utente, tendo em conta as preferências do próprio e da família e os seus recursos financeiros. Nesta UCC, a ECCI realiza anualmente o levantamento de dados que traduzem alguns indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, no sentido de avaliar ganhos em saúde a nível pessoal, familiar e social, sendo estes: nº de visitas domiciliárias, nº de referenciações para outros cuidados de saúde, nº de úlceras de pressão, nº de reinternamentos, etc. A avaliação de ganhos em funcionalidade, pela intervenção do EEER, também é realizada pela avaliação regular do Índice de Barthel.

A nível pessoal, o período de ensino clínico revelou-se insuficiente para constatar em todos os utentes ganhos em funcionalidade e capacitação para o autocuidado, conseguidos com a intervenção do EEER, no entanto, os processos de enfermagem 2 e 4 (Apêndice 3) transmitem dados de dois utentes que durante o período de estágio apresentaram ganhos em funcionalidade importantes pelo programa de reabilitação implementado, não só pelo EEER, mas no contexto da intervenção da equipa multidisciplinar. Assim, considero ter atingido o OE7.

#### ❖ Atividades desenvolvidas na consecução do OE8<sup>25</sup>

Para atingir o OE8 foi necessário conhecer os recursos da comunidade que visam facilitar a inclusão social da pessoa com deficiência, inclusive a pessoa com LM. Alguns destes recursos são transversais, nomeadamente os provenientes de

---

<sup>25</sup> Conhecer alguns recursos da comunidade que poderão facilitar a inclusão social da pessoa com LM.



instituições públicas nacionais, mas outros estão apenas presentes em determinadas comunidades, associados a benefícios locais relacionados com as Juntas de Freguesia. No segundo local onde realizei ensino clínico, existia um banco de produtos de apoio na Junta de Freguesia que muitas vezes era utilizado pelos utentes cuidados pela ECCI. No primeiro local de estágio tomei conhecimento que algumas das Juntas de Freguesia disponibilizam um fundo para realização de adaptações domiciliares em situações de deficiência, fato concordante com Fontes & Martins (2015) que referem que muitas vezes nas obras de remodelação habitacional, as juntas de Freguesia oferecem materiais e mão-de-obra necessárias para que as mesmas se concretizem. Os dois locais onde realizei ensino clínico possuíam listas atualizadas da legislação sobre produtos de apoio homologados e respetivas participações, assim como de associações de apoio locais que fornecem apoio domiciliário. Atualmente o número destas associações encontra-se em crescimento para dar resposta às solicitações duma sociedade caracterizada por um maior número de pessoas dependentes no domicílio, dependência essa associada a doença, trauma e/ou envelhecimento.

Conforme já descrito na consecução do OE7, tive oportunidade nos dois campos de estágio de realizar ensino e treino de alguns produtos de apoio com a pessoa cuidada e família/cuidador, sob a supervisão da EEER orientadora, assim como colher dados relativos à identificação de barreiras arquitetónicas e obstáculos presentes no domicílio e ambiente envolvente do utente. Os produtos de apoio e dispositivos de compensação, com os quais tive oportunidade de realizar ensino e treino, com a pessoa cuidada e cuidador foram:

- Tábua de transferência (madeira e *easyglide*®);
- WC: Cadeira sanitária, cadeira de banho, banco antiderrapante de banho e tábua de banho, alteador de sanita (2 alturas);
- Mobilidade: Cadeira de rodas (manual e elétrica), andarilho, canadiana tripé, canadianas e bastão;
- Dispositivo em S, abotoador de botões, engrossador de cabo, bolsa palmar, calçadeira sapatos, calçadeira meias para LM e AVC.



❖ Atividades desenvolvidas na consecução do OE9<sup>26</sup>

Na preparação para a alta, faz sentido que um programa de intervenções seja planeado tendo em conta todas as características individuais da pessoa e família, assim como, do contexto humano, físico, político, económico, cultural e organizacional, em que estão inseridos, e que condiciona e influencia os estilos de vida que se repercutem no conceito de saúde dos próprios (Ordem dos Enfermeiros, 2009a). Em conjunto com os enfermeiros orientadores de ensino clínico tive a oportunidade de realizar ensino e treino específico de AVD com utilização de produtos de apoio, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa com o objetivo de estimular o autocuidado e a independência funcional, em consonância com os objetivos do utente e da família.

No primeiro local de estágio, a preparação do regresso a casa do utente era realizada desde o primeiro dia, pelo que na admissão era efetuada uma colheita de dados exaustiva sobre o utente e o seu meio envolvente. Neste contexto, tive a oportunidade de realizar algumas entrevistas à pessoa com LM e família/cuidador no sentido de conhecer as suas necessidades, preocupações e receios, assim como, conhecer as condições socioeconómicas e familiares do utente e as condições físicas e barreiras arquitetónicas do domicílio. Na altura da alta, a articulação era realizada com o enfermeiro da comunidade através da carta de transferência de enfermagem, sendo esta de grande importância porque “constitui uma estratégia fundamental para a promoção da continuidade de cuidados em articulação com a equipa de enfermagem dos cuidados de saúde primários” (Petronilho, 2007, p.76). A carta de transferência no CMRA contém as seguintes informações:

- Identificação do utente, diagnóstico de entrada, data de admissão e data de alta;
- Antecedentes clínicos mais relevantes;
- Nível de dependência do utente na altura da alta, nas AVD conforme modelo teórico de Nancy Roper;
- Contactos do serviço onde o utente esteve internado e identificação do enfermeiro responsável;
- Ensinos em curso e outras observações consideradas importantes, nomeadamente intercorrências significativas durante o internamento.

---

<sup>26</sup> Desenvolver um programa de intervenções em conjunto com a enfermeira orientadora, pessoa com LM e família/ cuidador para implementar no domicílio.

Além da carta de alta/transferência de enfermagem, o contacto com o enfermeiro da comunidade era realizado por via telefónica, sempre que possível. Esta articulação assume uma importância vital porque “para garantir um suporte adequado, a preparação do regresso a casa apela aos profissionais de saúde uma resposta eficaz nos diferentes níveis de prestação de cuidados, de forma coordenada, garantindo, assim, a continuidade de cuidados” (Petronilho, 2007, p.82). Durante este primeiro período de ensino clínico, tive a oportunidade de acompanhar um utente com LM em todos estes procedimentos de preparação para o regresso a casa, por colaborar na elaboração da carta de transferência, no ensino dirigido ao utente e filhas para o autocuidado e na preparação dos produtos de apoio prescritos pelo EEER responsável. Neste utente o contacto com a comunidade foi impossível, visto terem sido realizadas várias tentativas de contacto telefónico que nunca foram atendidas.

Em relação ao segundo período de ensino clínico, visto ter acontecido em contexto comunitário, tornou-se mais fácil conhecer as necessidades do cliente e família, assim como as condições socioeconómicas e barreiras arquitetónicas. Visto o cliente encontrar-se no seu próprio domicílio, todas as intervenções e ensinamentos eram realizados adaptando a funcionalidade do utente ao espaço existente e aos seus objetivos.

Neste contexto, considero ter atingido todos os objetivos específicos.

## 1.2- Análise crítica e reflexiva das experiências de aprendizagem

Um dos objetivos fundamentais deste relatório relaciona-se com a confirmação do desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação a pessoas com problemas de incapacidade<sup>27</sup>, limitação da atividade<sup>28</sup> ou restrição de participação<sup>29</sup>, nos diferentes contextos de cuidados tendo em vista a sua

<sup>27</sup> **Incapacidade** segundo a CIF, “é um termo genérico (“chapéu”) para deficiências, limitações da actividade e restrições na participação. Ele indica os aspectos negativos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus factores contextuais (ambientais e pessoais)” (OMS & DGS, 2004, p.186).

<sup>28</sup> **Limitações da atividade** segundo a CIF, são “dificuldades que um indivíduo pode ter na execução das actividades” (OMS & DGS, 2004, p.187).

<sup>29</sup> **Restrições na participação** segundo a CIF, “são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real” (OMS & DGS, 2004, p.187).

reabilitação e reintegração social (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). O Enfermeiro Especialista é um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, traduzido num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. Todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de competências comuns, no entanto, concomitantemente desenvolvem um conjunto de competências específicas relacionadas com o campo de intervenção definido para cada área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

Seguidamente apresento a análise do grau de desenvolvimento das competências comuns e específicas que incidirá em dois pontos principais: como e de que modo as atividades e as estratégias selecionadas foram fundamentais no meu desenvolvimento destas mesmas competências.

São quatro os domínios de competências comuns (Ordem dos Enfermeiros, 2010a):

- A- Responsabilidade profissional, ética e legal;**
- B- Melhoria contínua da qualidade;**
- C- Gestão dos cuidados;**
- D- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.**

No que diz respeito às competências do domínio da **Responsabilidade profissional, ética e legal** (Ordem dos Enfermeiros, 2010a), considero que foram desenvolvidas pelo meu desempenho ao atingir os objetivos específicos definidos. Estas competências são as seguintes:

- 1) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;**
- 2) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.**

O desenvolvimento deste domínio de competências reflete-se num exercício seguro, profissional e ético. Ao longo das atividades desenvolvidas, em contexto de ensino clínico, pautei a minha atuação pelo respeito pelos direitos humanos e pelas preferências do utente e família, tendo por quadro de referência uma conceção da prática de cuidados centrada na pessoa cuidada e família. Para Hoeman (2011, p.

23) “o CCD (modelo centrado no doente e família) é uma abordagem que adopta conscienciosamente a perspectiva dos doentes e famílias, com uma consideração cuidadosa do que é importante para cada um e como o cuidado os pode afectar”.

Os jornais de aprendizagem e os processos de enfermagem de reabilitação sinalizam situações de cuidados em que revelo a preocupação pelo respeito do direito à autonomia e à autodeterminação, mesmo em situações de cuidados em que a opinião da equipa, e a minha, eram contrárias à do utente. Uma das situações de cuidados que vivenciei no segundo período de ensino clínico, e que vem descrita no processo de enfermagem 3 (Apêndice 3), refere uma utente que recusou o programa de reabilitação proposto pela ECCI, escolhendo apenas algumas intervenções da enfermagem de reabilitação, relacionadas com a cinesiterapia respiratória e as mobilizações passivas e ativas assistidas, e da enfermagem geral, no que se refere à algaliação e tratamento de feridas. Segundo o Artigo 81º do Código Deontológico, podemos ler na alínea e) que o enfermeiro assume o dever de “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e de filosofia de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.51), por outro lado, o respeito pela autonomia refere-se à liberdade de cada pessoa para escolher para si própria planos de intervenções de cuidados que façam sentido ao seu projeto de vida e de saúde. O princípio do respeito pela autonomia inclui a proteção da privacidade e da intimidade, o consentimento informado, o respeito pela aceitação ou recusa de tratamentos (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Na situação de cuidados mencionada, o direito da utente à autodeterminação foi totalmente respeitado, no entanto, consciencializei-me que a minha atuação não foi completa porque nunca soube os reais motivos responsáveis pela recusa ao programa de reabilitação sugerido. Aprendi que na comunidade, o enfermeiro necessita de mais tempo para conhecer em profundidade as pessoas de quem cuida, visto que as situações de cuidados são temporizadas (cerca de 60m), os processos clínicos estão muitas vezes incompletos e algumas pessoas necessitam de mais tempo para exprimir os seus pensamentos e emoções. Neste caso em particular, constatei que as EEER orientadoras reservavam algum tempo em cada visita domiciliária para a utente partilhar dúvidas e preocupações, neste contexto eram verbalizados alguns dados importantes sobre a sua história de

vida, no entanto, não foi possível compreender se a transição desta utente com LM para uma situação de dependência teve, ou não, uma resolução saudável.

A preocupação por um exercício profissional seguro, nas dimensões ética e deontológica, refletiu-se ainda nas estratégias utilizadas, quer por proteger a identificação do utente quer por zelar pela confidencialidade e sigilo profissionais, nos trabalhos de estágio apresentados.

As competências do domínio da **Melhoria contínua da qualidade** são as seguintes (Ordem dos Enfermeiros, 2010a):

- 1) **Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica,**
- 2) **Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;**
- 3) **Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.**

As atividades desenvolvidas na consecução dos OE1, OE4, OE5, OE6 e OE7, assim como a posterior análise e reflexão, tornaram possível o desenvolvimento das competências incluídas neste domínio.

A prática baseada na melhor evidência<sup>30</sup> é condição essencial para uma atuação de qualidade, pelo que o meu desenvolvimento nesta área através de pesquisas em bases de dados e a constante busca de conhecimento teórico, técnico e científico auxiliaram-me no desenvolvimento da competência **2)**. O conhecimento adquirido na Unidade Curricular: Investigação em Enfermagem (1º Semestre deste curso) foi indispensável para a consciencialização da importância da prática baseada em evidência, no entanto, a aplicação deste saber na prática do ensino clínico fez emergir uma mudança no meu juízo clínico como enfermeira, pois compreendi a importância de valorizar não só a evidência científica, mas também a evidência que provém de outras fontes, nomeadamente, da minha prática profissional, do conhecimento da própria pessoa cuidada e cuidador e do contexto.

---

<sup>30</sup> **Prática Baseada na Evidência-** É o uso consciencioso e judicioso da melhor evidência que resulta da investigação, da experiência clínica, do conhecimento e das preferências da pessoa cuidada e cuidador e do conhecimento do contexto, na tomada de decisão em cada situação particular de cuidados. Segundo Botelho (2010, p.1) “agir eticamente é ser capaz de em cada situação de cuidados usar a evidência em função do bem do outro, protegendo a sua vulnerabilidade e respeitando os seus valores e expectativas”.

As atividades desenvolvidas na participação da continuidade de projetos institucionais na área da qualidade, tais como, a avaliação do risco de quedas e de úlceras de pressão, foram preponderantes no desenvolvimento da competência **1)**. A aplicação destas escalas e outros instrumentos de medida na prática diária durante o período de ensino clínico permitiu-me identificar, padronizar e ao mesmo tempo individualizar, reais e potenciais alterações nas pessoas de quem cuidei. Os resultados das avaliações realizadas eram importantes para orientar o programa de reabilitação a efetuar. Sobretudo, aprendi a atribuir relevância a esta forma de avaliação, pouco presente na minha prática profissional diária até então, visto que reconheço o seu papel na definição de diagnósticos de enfermagem, assim como, na seleção das intervenções adequadas. Visto que algumas dessas escalas são mais específicas para a enfermagem de reabilitação, passei a incorporá-las na minha prática diária, dando assim relevância e visibilidade às minhas intervenções, juntos dos pares, utente e família. Neste contexto, a aplicação destes instrumentos de avaliação tornou possível avaliar a qualidade e a eficácia dos cuidados de enfermagem de reabilitação, em todas as suas fases: planeamento, execução e avaliação, visando uma avaliação nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado, imprescindível ao desenvolvimento da competência **2)**.

O OE6 envolveu atividades relacionadas com a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual seguro para profissionais, utentes e família, pelo que considero ter desenvolvido a competência **3)**. As estratégias utilizadas estiveram relacionadas com a vigilância do utente que estava sob os meus cuidados, o ensino das medidas de segurança, quer ao próprio quer ao cuidador, a aplicação dos princípios de ergonomia e, até mesmo, na intervenção junto de associações prestadoras de cuidados no domicílio. Como exemplo, refiro uma situação de cuidados que decorreu no segundo período de ensino clínico, em que pela mobilização incorreta ao transportar um utente até à banheira, duas funcionárias de uma associação prestadora de cuidados domiciliários provocaram uma ferida no primeiro dedo do pé do utente. Esta ferida teve consequências graves visto que o utente era diabético, pelo que a solução de continuidade evoluiu para uma escara com tecido necrosado (grau III). O utente teve que ser observado por um médico de cirurgia vascular e os enfermeiros da ECCI passaram a ter que realizar 3 deslocações semanais àquele domicílio para a realização de penso. Em

conjunto com a EEER orientadora pude ter uma intervenção junto daquelas duas funcionárias no sentido de realizar ensino sobre a mobilização correta do utente e a sua transferência para o wc, no sentido de evitar futuros incidentes. Este evento crítico foi bastante importante na minha aprendizagem porque consegui compreender a relevância da intervenção do EEER como consultor e formador de outros profissionais que cuidam de utentes em situação de dependência, no contexto domiciliário.

As competências do domínio da **Gestão dos cuidados** incluem (Ordem dos Enfermeiros, 2010a):

- 1) **Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;**
- 2) **Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.**

Pelas atividades desenvolvidas para atingir o OE2 e OE4, foi possível conhecer a equipa multidisciplinar, assim como a gestão dos cuidados de enfermagem no local onde estava a realizar o ensino clínico, de forma a colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar e otimizar o processo de cuidados em curso, nos utentes de quem tive o privilégio de cuidar. A elaboração dos processos de enfermagem e respetivos planos de cuidados permitiram-me participar na gestão dos cuidados prestados e até sugerir determinadas intervenções particulares. A minha intervenção na gestão de cuidados também esteve presente no estabelecimento de prioridades de cuidados de enfermagem de reabilitação, visto que no início de cada turno os EEER orientadores questionavam a minha opinião sobre a ordem de atuação, permitindo, em determinadas situações, que liderasse a sequência das intervenções de enfermagem de reabilitação. Em algumas situações, outros elementos da equipa multidisciplinar, tais como fisioterapeutas e enfermeiros, solicitaram a minha disponibilidade e o meu conhecimento particular sobre alguns utentes de quem tinha cuidado, para a tomada de decisão sobre o planeamento de intervenções. Ao longo de todo o período de ensino clínico, tive o privilégio de acompanhar a gestão e a liderança dos EEER orientadores na equipa de enfermagem, tendo presenciado que o EEER é naturalmente reconhecido como um supervisor da qualidade dos cuidados prestados, como um consultor da pessoa



cuidada e cuidadores e um elo de ligação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar. Nesta linha de pensamento, considero que a elaboração do *Kit* de avaliação dos pares cranianos, solicitada pelo EEER orientador no 1º período de ensino clínico, foi relevante não só na minha aprendizagem técnica e científica, mas também na minha consciencialização de que o EEER, no seio da equipa multidisciplinar, assume-se como um elemento preponderante na otimização da resposta da equipa de enfermagem por garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Outra aprendizagem relevante, no contexto do ensino clínico, em particular no contexto comunitário, está relacionada com a adequação dos recursos às necessidades dos cuidados. Em contexto comunitário, fiquei assombrada com a “agilidade mental” do EEER que transforma “sacos de arroz” em alteres para fortalecimento muscular, “clips e molas da roupa” em instrumentos para a estimulação da motricidade fina, “bengalas e paus de vassoura” em bastões para os exercícios de abertura costal, etc. Ao utilizar o que o rodeia na reabilitação do utente, o EEER promove a racionalização de recursos e a otimização da qualidade dos cuidados, visto que observei ser mais eficaz a utilização de objetos do dia-a-dia num treino de reabilitação do que, por vezes, a introdução de um novo produto de apoio.

Desta forma, considero que desenvolvi as competências **1) e 2)**.

As competências do domínio das **Aprendizagens profissionais** são as seguintes (Ordem dos Enfermeiros, 2010a):

**1) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade**

**2) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.**

As atividades desenvolvidas na consecução dos OE1, OE3 e OE5, foram valiosas no desenvolvimento das competências do domínio das aprendizagens profissionais. A frequência deste curso permitiu-me avaliar a importância de guiar a minha prática de enfermagem pela investigação e pelo conhecimento produzido pela disciplina de enfermagem. Desta forma, considero que a consecução dos OE1 e OE5 foi determinante em desenvolver a competência **2)**. No entanto, entendi a



importância de este conhecimento ser transposto para a prática diária, assim como ser partilhado pela formação em serviço. Neste contexto, considero que a minha participação na elaboração de um *dossier* de escalas utilizadas na prática da enfermagem de reabilitação, conforme já descrito, no local onde decorreu o 2º período de ensino clínico, consciencializou-me da importância do EEER ser um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho e da implementação de procedimentos que refletem uma prática especializada.

As atividades desenvolvidas para atingir o OE3, assim como a análise das estratégias utilizadas, foram decisivas em desenvolver a competência **1)**. O estabelecimento de relações terapêuticas e profissionais com o utente e família estimularam a assertividade, no entanto, estive alerta para detetar situações potenciadoras de conflito na área das relações interpessoais, facto que evidenciei no Jornal de Aprendizagem 3 (Apêndice 4). Neste Jornal de Aprendizagem relato uma situação de conflito entre as 2 filhas de um utente com LM e a equipa de enfermagem. Vários são os estudos que relatam a sobrecarga e o *stress* psicológico dos cuidadores da pessoa com LM (Simpson & Jones, 2012; Machado et al., 2015; Fontes & Martins, 2015). Aprendi que no decorrer de todo um processo de cuidados o enfermeiro deve desenvolver a capacidade de escuta, da perceção de sinais, de gestos e de expressões corporais e faciais (Alvarez et al., 2013; Phaneuf, 2005), pois estes poderão refletir sintomas de *stress* e angústia, presentes na pessoa e família/cuidador, que interferirão negativamente no processo cuidativo. A situação de conflito mencionada alertou-me para o facto de que os sentimentos negativos e os conflitos existentes entre pessoa cuidada, cuidadores e profissionais de saúde, nomeadamente o EEER, interferem negativamente na evolução favorável da reabilitação e, por vezes, poderão suscitar reinternamentos frequentes. Neste contexto, ao longo de todo o período de ensino clínico pude desenvolver competências relacionais e a assertividade na minha interação com a pessoa e cuidador, durante a entrevista inicial de colheita de dados, nas situações de ensino e treino, na prestação de cuidados gerais e de reabilitação, etc.

No que diz respeito ao campo de intervenção da Enfermagem de Reabilitação, as competências específicas do EEER são (Ordem dos Enfermeiros, 2010b):

**J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;**

**J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;**

**J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.**

A competência **J1** subdivide-se em 4 unidades de competência, pelo que passo a explicitar cada uma separadamente:

**J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades** (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

A consecução dos OE2, OE3, OE4, OE7 e OE9, assim como a concretização das atividades envolvidas tornaram possível o desenvolvimento das minhas competências nas áreas:

- Avaliação do risco de alterações da funcionalidade e da capacidade para o autocuidado através da aplicação de instrumentos de avaliação e escalas de medida;
- Identificação de fatores psicossociais e necessidades de intervenção para reeducar e otimizar as funções sensório-motoras, cardiorrespiratórias, de eliminação, de sexualidade, de alimentação e de realização de AVD.

**J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade** (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

**J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade** (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

As atividades realizadas, para atingir os OE3, OE4, OE5 e OE9, permitiram-me desenvolver competências na conceção e na implementação de planos de intervenção para reeducar e otimizar as funções sensório-motoras,

cardiorrespiratórias, de eliminação e de realização de AVD, assim como, participar no aconselhamento, treino e prescrição de produtos de apoio. A minha participação em sessões de ensino programado com o utente e família durante o internamento e na preparação do regresso a casa (primeiro período de ensino clínico) permitiram-me intervir no planeamento de estratégias de forma a estimular a autonomia e o autocuidado e, desta forma, melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida.

Durante o segundo período de ensino clínico, em contexto comunitário, foi mais fácil detetar situações e comportamentos de risco, assim como visualizar *in loco* as necessidades reais da pessoa cuidada e cuidador. Perante esta realidade, foi mais fácil compreender as verdadeiras necessidades de produtos de apoio. Compreendi que, por vezes, um domicílio “cheio” de produtos de apoio nem sempre significa uma real necessidade dos mesmos. Ao invés destes produtos serem prescritos durante o internamento seria talvez mais adequado, na minha opinião, a sua prescrição pelo EEER da comunidade.

#### **J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas** (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Em relação às competências relacionadas com a monitorização e avaliação dos planos de intervenção implementados e a sua tradução em ganhos de saúde, considero que foram desenvolvidas pela consecução dos OE6 e OE7. Por atingir estes objetivos e realizar as atividades correspondentes foi possível avaliar os cuidados prestados e traduzir os seus resultados em ganhos em saúde, no que diz respeito à capacitação para o autocuidado e independência funcional. A aplicação diária de escalas como a MIF (primeiro local de ensino clínico) e índice de Barthel (segundo local de ensino clínico) tornou visível os ganhos em saúde e funcionalidade conseguidos com as minhas intervenções de enfermagem de reabilitação.

O nível em que atingi a competência **J1** e as unidades de competência correspondentes (J 1.1, J1.2, J1.3 e J1.4) foi, em parte, definido pelas características dos campos de estágio, pelo que considero ter desenvolvido mais as competências de avaliação e diagnóstico das alterações das funções sensório-motoras, de eliminação e de realização de AVD, do que as competências de avaliação e

diagnóstico das alterações da função cardiorrespiratória, de sexualidade e de alimentação. O mesmo aconteceu relativamente à conceção, implementação e avaliação de intervenções dirigidas à pessoa com alterações das funções sensório-motoras, de eliminação e de realização de AVD em comparação com as intervenções dirigidas à pessoa com alterações cardiorrespiratórias. No entanto, considero que a competência **J1** foi desenvolvida pela análise e reflexão das atividades já descritas, pelo que na abordagem da pessoa com alterações sensório-motoras e cardiorrespiratórias, aprendi a importância dos seguintes aspetos:

- Avaliação inicial minuciosa: a sua importância relaciona-se com o diagnóstico de alterações de funcionalidade e a identificação das necessidades de intervenção especializada da enfermagem de reabilitação e dos fatores psicossociais. Neste contexto, verifiquei que o EEER utiliza toda a informação disponível: processos clínicos, meios complementares de diagnóstico, entrevista à pessoa/cuidador/família para colheita de dados iniciais. Nesta avaliação inicial aprendi ainda a importância da utilização das escalas e dos instrumentos de avaliação utilizados na prática da enfermagem de reabilitação.
- Conceção e implementação de intervenções: no período de ensino clínico, observei que o EEER planeia e implementa as intervenções dirigidas às alterações diagnosticadas, no entanto, aprendi que as intervenções são implementadas de acordo com os objetivos da pessoa e tem por foco a resolução saudável da transição saúde/doença identificada. Aprendi ainda que o EEER tem sempre presente o respeito pelos princípios da autonomia e autodeterminação e permite sem juízos de valor que a própria pessoa decida, aceitar ou não, as intervenções de enfermagem de reabilitação propostas. No entanto, conduz a sua atuação de forma a estimular a capacitação para o autocuidado e a reeducação das funções alteradas.
- Avaliação dos resultados: o EEER avalia as intervenções de enfermagem de reabilitação pela reavaliação sistemática e comparativa com recurso às escalas e instrumentos de avaliação. Aprendi ainda, especialmente no contexto comunitário, que o EEER recorre ao cuidador para conhecer os ganhos conseguidos na realização de AVD, da pessoa cuidada.

A competência **J2** subdivide-se nas seguintes unidades de competência que passo a explicitar:

**J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida** (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Segundo Garcia (2014, p. 69), “o processo de reabilitação de uma pessoa com LVM compreende um treino intensivo de diferentes técnicas de reabilitação e promoção do autocuidado que se complementam e potenciam mutuamente”. As competências envolvidas nesta unidade de competência estão relacionadas com o ensino e treino de técnicas específicas de autocuidado e ensino e treino com produtos de apoio, atividades que realizei na consecução dos objetivos OE8 e OE9, objetivos mais direcionados para o regresso a casa.

Durante o período de ensino clínico, constatei a importância do EEER ser cuidadoso na sugestão e prescrição de produtos de apoio e dispositivos de compensação. O processo de enfermagem 3 (Apêndice 3) reflete a problemática de uma utente que recusa a maior parte do programa de reabilitação sugerido pela ECCI, no entanto, ao entrar no domicílio desta utente, era notória uma variedade enorme de produtos de apoio que a utente nunca utilizava e que se acumulavam nas várias divisões. As EEER orientadoras no segundo período de estágio alertaram-me bastante para esta problemática, relacionada com a aquisição de produtos de apoio que o utente nunca chega a utilizar. Por vezes apresentavam soluções muito simples, como por exemplo, ao invés de comprar uma cadeira de rodas talvez seja suficiente uma cadeira de escritório com rodas e com um bom apoio de costas e de braços. Por outro lado, a comunidade, conforme fiquei a saber, tem recursos diversos. Alguns Centros de Saúde e Juntas de Freguesia possuem “bancos” de produtos de apoio que funcionam por empréstimo, pelo que caso mais tarde estes deixem de ser necessários podem ser usados por outros utentes. Segundo Hoeman (2011, p. 25), citando Mayo, Wood-Dauphinee & Cote (2000) e Neal (1998), “a reabilitação domiciliária promove a autonomia, a independência e a reintegração na comunidade”.

## **J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).**

Esta Unidade de Competência foi desenvolvida igualmente na consecução dos OE7, OE8 e OE9, através das atividades já mencionadas, tais como, a identificação de barreiras arquitetónicas, a orientação da pessoa cuidada e do cuidador para a eliminação das mesmas e a tomada de conhecimento sobre produtos de apoio e dispositivos de compensação, listas homologadas, custos e financiamento, assim como dos recursos comunitários existentes.

No primeiro local de ensino clínico, conforme já mencionado, estas atividades foram bastante desenvolvidas durante a minha permanência durante 2 semanas no serviço de AVD. Além do treino de AVD, uma das intervenções do EEER neste serviço era a identificação das barreiras arquitetónicas no domicílio da pessoa com deficiência. Segundo Fontes & Martins (2015, p.163), “a questão da adequação da habitação familiar às novas necessidades da pessoa com lesão medular e das necessidades na comunidade para permitir a mobilidade em cadeira de rodas”, é um aspeto vital na preparação do regresso a casa. Estes autores reconhecem o acesso a serviços de apoio domiciliário, cuidados de enfermagem e reabilitação, remodelações na habitação e vagas nas unidades de cuidados continuados, como essenciais no processo de inclusão social da pessoa com LM. Neste contexto, as atividades realizadas no serviço de AVD foram cruciais no desenvolvimento da Unidade de Competência **J2.2**.

A identificação de barreiras arquitetónicas, assim como a orientação do EEER para a eliminação das mesmas, foram atividades igualmente desenvolvidas no segundo local de ensino clínico, visto que por entrar no próprio domicílio do utente era facilitada a sua identificação. Apesar dessa facilidade, aprendi que em cuidados domiciliários somos nós, enfermeiros ou outros profissionais de saúde, os “convidados”, pelo que devemos usar de cuidado na forma como sugerimos a retirada de tapetes ou a mudança na disposição de mobiliário. No entanto, uma boa gestão dos obstáculos e barreiras arquitetónicas é crucial na resolução saudável da transição do regresso a cada da pessoa com LM, ou outra limitação na mobilidade, porque segundo Sekaran et al. (2010), apesar da reintegração social ser uma parte essencial do programa de reabilitação, a maioria das pessoas com LM encontram

sérias dificuldades na participação social por causa de fatores associados à falta de transporte e às barreiras físicas e arquitetónicas ambientais, pelo que não conseguem alcançar níveis adequados de participação na comunidade. Em concordância, constatei frequentemente dificuldades reais de utentes na participação familiar e social, devido às barreiras encontradas no domicílio que dificultavam/impediam a mobilidade em cadeira de rodas ou outros auxiliares de marcha. Achei interessante o facto de as EEER orientadoras aconselharem, frequentemente, a colocação da cama articulada da pessoa em situação de dependência num local de passagem dos outros membros da família, idealmente a sala. A transferência da pessoa para a sala facilita a reintegração familiar, estimula a interação comunicacional com os membros da família, vizinhos, amigos, etc. o que invariavelmente é traduzido numa melhoria da capacidade funcional. Em algumas famílias esta sugestão era rejeitada, o que era totalmente respeitado, no entanto, as EEER persistiam em transmitir a informação sobre a importância da estimulação da pessoa em situação de imobilidade no leito com conversas e sons do dia-a-dia.

A competência **J3** apresenta as seguintes unidades de competência:

**J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório** (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

**J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados** (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

O desenvolvimento das atividades envolvidas na consecução do OE5 possibilitou o desenvolvimento de competências relacionadas com a conceção, implementação e avaliação de programas de treino sensório-motor e cardiorrespiratório. No primeiro local de ensino clínico tive a oportunidade de desenvolver programas de treino cardiorrespiratório com utentes portadores de tetraplegia com sequelas respiratórias e no segundo período, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória a utentes com síndrome de imobilidade, sequelas de patologia neoplásica e pneumonia adquirida na comunidade. Ao longo de todo o período de ensino clínico, tive o privilégio de conceber, implementar e avaliar programas de sensório-motor à pessoa com LM, AVC, síndrome de imobilidade, patologia ortopédica, patologia vascular com amputação do membro inferior, entre outras, de forma que considero ter



desenvolvido as competências **J3.1** e **J3.2**. Acrescento ainda que a elaboração dos processos de enfermagem de reabilitação foi uma estratégia determinante para o desenvolvimento destas competências, pois, ao realizar os planos de cuidados pude percorrer as fases de conceção, implementação, avaliação e reformulação das intervenções necessárias.

No que diz respeito à forma como o EEER desenvolve os programas de treino motor e cardiorrespiratório, constatei que os mesmos são realizados de forma individualizada e personalizada, tendo em conta as preferências e as necessidades identificadas na pessoa cuidada e família. Quer o treino seja desenvolvido num contexto de internamento hospitalar quer em contexto de visita domiciliária, o EEER distingue-se pela atenção que dedica à singularidade de cada utente, de cada cuidador e de cada família. Apesar da sobreposição de algumas intervenções de outros profissionais de saúde em relação ao EEER, observei com satisfação que a pessoa cuidada e família reconhecem a intervenção do EEER como única e imprescindível no seu plano de cuidados de reabilitação.

As estratégias utilizadas para o desenvolvimento da competência **J3** estiveram ainda relacionadas com o processo ensino-aprendizagem utilizado pelos EEER orientadores:

- 1º- Mobilização dos conteúdos teóricos e técnicos apreendidos ao longo dos dois primeiros semestres deste curso, no sentido de adequá-los às necessidades de cada pessoa em particular;
- 2º- Explicação e demonstração, pelos enfermeiros orientadores, enquanto eu ficava a observar;
- 3º- Realização das técnicas, sob a supervisão dos EEER orientadores.

Em termos de síntese deste capítulo, a minha avaliação do percurso efetuado, no que diz respeito ao desenvolvimento de competências pretendidas e desejáveis, considero ter alcançado um nível muito bom. No entanto, visto que as competências são saberes que se tornam visíveis na ação, remeto esta apreciação para a avaliação dos EEER orientadores (Anexo I e II) que acompanharam diariamente o 3º semestre deste curso, ou seja, o inteiro período de ensino clínico.



## **2 – AVALIAÇÃO**

Ao longo dos últimos 18 meses, eu própria estive em Transição, no sentido que a frequência do 5º Curso de Mestrado, Área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, absorveu a minha energia e o meu tempo, de tal forma, que existiram naturalmente “desequilíbrios” nas rotinas e nas prioridades habituais. De facto, Meleis e Schumacher referem a aplicabilidade do conceito da Transição à formação na enfermagem (Meleis, 2010). No entanto, a realização deste Curso corresponde a um projeto profissional de há muito, e a sua concretização foi deveras gratificante a nível profissional e pessoal.

Neste contexto, torna-se difícil identificar e relatar as dificuldades, as limitações ou os constrangimentos vividos, visto que os ganhos e as vantagens são bastante mais evidentes na minha perceção. Ainda assim, a concretização dos aspetos positivos e negativos é crucial para compreender em como estes 18 meses contribuem para uma prática de cuidados mais especializada e refletida, com o objetivo de dar resposta às necessidades da pessoa e família de quem cuido diariamente. Estes pontos serão desenvolvidos seguidamente.

### **2.1- Aspetos positivos e negativos**

A pessoa com LM passa por vários processos de Transição, sendo o regresso a casa uma das transições que se adivinha rodeada de receios, dúvidas e angústia. Neste contexto, muitos autores são consensuais ao indicar o EEER, inserido numa equipa multidisciplinar, como elemento crucial na reabilitação e na reintegração familiar, profissional e social da pessoa com LM (Henriques, 2004; Hoeman, 2011; Pereira, 2013; Boldt et al, 2012; Santos, 2014).

Assim, a relevância da intervenção do EEER perante a transição da pessoa com LM no regresso a casa era, à partida, um bom preditor do sucesso da operacionalização do projeto. No entanto, alguns constrangimentos foram esperados, nomeadamente, a minha inexperiência no desempenho das funções nos locais de estágio e na aplicação de projetos desta natureza e as dificuldades relacionadas com a exigência da carga horária a cumprir durante os períodos de

ensino clínico. As estratégias planeadas perante as contingências mencionadas foram suficientes para ultrapassar os obstáculos previstos, pelo que a operacionalização do projeto foi um sucesso. Por um lado, o requisito de horas de ensino clínico foi atingido, por outro lado, os objetivos definidos foram atingidos e as competências propostas foram desenvolvidas.

Como aspeto positivo, gostaria de salientar a disponibilidade do docente orientador deste projeto, quer pelas sugestões e correções realizadas, quer pela partilha de conhecimentos sobre este tema. Além da disponibilidade, gostaria de ressaltar o facto de ter-me acompanhado “no percurso” que escolhi, respeitando e balizando, simultaneamente, o meu interesse particular pela pessoa com LM, de forma a tornar possível que este projeto passasse da intenção à ação.

Outro aspeto positivo está relacionado com o interesse, acompanhamento e dedicação dos 3 EEER que orientaram os dois períodos de ensino clínico. Os conhecimentos teóricos adquiridos durante os 2 primeiros semestres deste curso, ao serem transpostos para a prática clínica pareciam muitas vezes “desfasados” das necessidades reais da pessoa de quem cuidava, pelo que a experiência de quem trabalha há muito como EEER foi fundamental para a consolidação e articulação dos conceitos teóricos. Por outro lado, o interesse demonstrado pelo meu projeto e as sugestões de aplicação e desenvolvimento das atividades planeadas foram cruciais para o sucesso da sua implementação. Saliento ainda o empenho dos 3 EEER em procurar situações de aprendizagem que facilitaram o desenvolvimento das competências já mencionadas, assim como as sugestões dadas com o objetivo do meu aperfeiçoamento técnico.

Além do mais, considero ter sido muito positivo, para o tema do projeto, os locais onde decorreram os dois períodos de ensino clínico, pois tornou possível acompanhar a transição da pessoa com LM no regresso a casa. O processo de enfermagem 3 (Apêndice 3), realizado no contexto de estágio em ECCL, apresenta uma utente com LM que tinha estado internada no Centro de Reabilitação, onde decorreu o meu primeiro período de ensino clínico. Desta forma, a adequação dos locais de estágio ao tema do projeto foi uma mais-valia importante para desenvolver as atividades e atingir os objetivos delineados.

Como aspeto negativo, em relação ao primeiro local de ensino clínico, saliento o facto do EEER que foi orientador de estágio assumir a prestação de cuidados sobre o mesmo número de utentes que os restantes enfermeiros em turno, condicionando o tempo que dispunha para orientar a minha prática clínica.

Outra dificuldade sentida esteve relacionada com a exigência da ESEL na divisão do inteiro período de ensino clínico de 18 semanas em dois períodos de 9 semanas que contemplaram apenas 2 campos de estágio. Conforme já mencionado, os dois locais de ensino clínico foram facilitadores da implementação do projeto, no entanto considero que a introdução de um 3º campo de estágio teria sido benéfico para o desenvolvimento das competências como enfermeira especialista e como EEER. Os dois locais de ensino clínico foram muito abundantes em situações de aprendizagem no que diz respeito ao treino sensório-motor, mas bastante menos abundantes no que diz respeito ao treino cardiorrespiratório, pelo que um 3º campo de estágio poderia ter preenchido esta “lacuna”, no sentido de poder ter tido oportunidade de treinar algumas técnicas menos contempladas em termos de oportunidades de aprendizagem, nomeadamente, drenagem clássica de secreções, terapia de posição, cuidados prestados à pessoa com drenagem torácica, à pessoa com ventilação mecânica invasiva e não invasiva, interpretação de meios complementares de diagnóstico (TAC torácica, Rx tórax, gasimetria arterial), etc.

## **2.2- Contributos para a prática de Enfermagem**

Benner (2001) refere que a mudança de contexto de prestação de cuidados coloca-nos novamente na posição de “iniciado” e refere a enfermeira “competente” que exerce a sua atividade no mesmo serviço há dois ou três anos, como apta para assumir uma prática de planeamento e coordenação dos cuidados de enfermagem em face das necessidades da pessoa e família. Assim, compreendo que a prática e o tempo de experiência profissional são indispensáveis para atingir determinados níveis de competência.

Para Petronilho uma profissão define-se pela sua utilidade social e acrescenta “ninguém vai querer um grupo profissional de formação superior para conceber cuidados, cuja utilidade social ninguém percebe” (Petronilho, 2007, p.53 citando

Silva, 2003, p.85). Vários estudos enfatizam a mais-valia na prática do enfermeiro especialista. Segundo Naylor (1999), citado por Garcia (2014, p.27), “se o planeamento da alta e as intervenções domiciliares em clientes de risco fosse realizado por enfermeiros especialistas isso por si só diminuiria o número de readmissões/reinternamentos (...) e diminuiria os custos associados á prestação de cuidados a estes clientes”. Assim sendo, podemos afirmar que a atuação do enfermeiro especialista permite “avançar e melhorar a prática de enfermagem” (ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.2).

A pergunta que emerge é: “Em relação à minha prática em particular, o que melhorei?”

Com a frequência do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, desenvolvi competências em investigação e desenvolvi conhecimentos na área da pesquisa em bases de dados e na elaboração de revisões sistemáticas de literatura. Desta forma, em contexto de formação no serviço e até para dar resposta a situações de cuidados de maior complexidade tenho dado primazia a esta forma de pesquisa, ao mesmo tempo que divulgo entre os pares na equipa a importância da prática baseada na evidência, salientando esta como elemento essencial para uma prática de qualidade. Segundo o Regulamento dos PQCEER, “A prática de cuidados da Enfermagem de Reabilitação incorpora os resultados da investigação (...) baseados na evidência, considerados instrumentos imprescindíveis para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de reabilitação, e da qualidade dos cuidados prestados” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.5).

No entanto, a investigação está ligada a questões éticas e deontológicas importantes pelo que a obediência aos princípios éticos universais deverão pautar todas as fases de qualquer Processo de Investigação. Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, conforme o nº 3 do art.º 78, um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros é “o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.29), assim, ao mesmo tempo que assumo uma posição promotora da investigação no meu local de trabalho, difundo uma postura defensora dos direitos humanos fundamentais, reconhecendo a importância da frequência deste curso em dotar-me de mais

recursos para desenvolver respostas adaptadas em situações de maior complexidade (Ordem dos Enfermeiros, 2009a).

No que diz respeito às competências técnicas, estas têm sido uma mais-valia na minha prática diária, pela aplicação dos princípios da ergonomia, pela aplicação dos conhecimentos teóricos, técnicos e científicos nos posicionamentos, levante, transferências, avaliação de alterações respiratórias e sensório-motoras e avaliação de meios complementares de diagnóstico (Rx tórax, gasimetria arterial). Assim, tem sido possível aumentar a qualidade dos cuidados prestados, sendo que nesta vertente também divulgo entre os restantes membros da equipa de enfermagem os conhecimentos adquiridos e transpostos para a prática.

Gostaria de salientar ainda como contributo efetivo na minha prática, a visão que assumi sobre a Pessoa e Saúde com a realização do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem. A área de especialização em Enfermagem de Reabilitação tem como alvo de intervenção a Pessoa ao longo do ciclo de vida e eixos organizadores de atuação (saúde e ambiente) os “projectos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença incapacitante e/ou de deficiência física com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2009a, p.7). Esta Pessoa, alvo da intervenção, é entendida como um todo na sua relação com as pessoas significativas e a comunidade em que está inserida, pelo que a minha intervenção como enfermeira assumiu um carácter mais abrangente e inclusivo; passei a olhar a família também como cliente de cuidados e comecei a integrar os resultados dos meus cuidados num contexto comunitário, social e político. Meleis e Trangenstein descrevem a Transição como o processo e o resultado da interação complexa entre a pessoa e o ambiente e que pode envolver mais do que uma pessoa, devendo, por isso, ser entendida no contexto situacional (Meleis, 2010). Neste sentido, a visão do processo saúde-doença é visto no contexto único relacionado com o projeto de vida daquela pessoa em particular e o cuidado de enfermagem tem enfoque na pessoa e não na doença, pois como refere Hesbeen (2003, p.21), citando Honoré, “a saúde é uma realidade presente em cada um de nós (...) a saúde não deixa de existir quando surge a doença”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E FUTURAS

Este relatório que agora se finaliza, destaca a intervenção do EEER na transição da pessoa com LM no regresso a casa e, em simultâneo, descreve, analisa e reflete o meu percurso de desenvolvimento de competências, como aluna do 5º Curso de Mestrado, na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação. Atendendo ao desenho de projeto selecionado, os objetivos foram atingidos, as atividades foram realizadas e as competências foram desenvolvidas, pelo que considero a operacionalização deste projeto de formação como tendo sido bem-sucedida.

O tema em questão foi selecionado tendo por base um interesse particular, mas que se revelou pertinente na atual conjunção económica, social e política, visto que o número de pessoas que regressam a casa em situação de dependência, é muito elevado. No contexto familiar, em geral um dos membros é selecionado como cuidador informal e sofre uma transição para o exercício do papel de prestador de cuidados, circunstância que o coloca numa condição de vulnerabilidade, pois “a situação de cuidar por parte de um membro da família implica uma reorganização familiar e social que permita dar resposta a esta transição, assegurando de forma eficaz a continuidade de cuidados” (Petronilho, 2007, p.46). Neste sentido, o EEER tem uma intervenção dupla na transição da pessoa com LM no regresso a casa: responsabiliza-se pelos cuidados de enfermagem de reabilitação dirigidos à pessoa em situação de dependência (Boldt, 2012; Santos, 2014; Garcia, 2014), e assume o acompanhamento e a capacitação do membro da família prestador de cuidados, ou cuidador familiar, por aumentar o seu nível de conhecimentos e capacidades, ao mesmo tempo que permanece atento a sinais e sintomas de sobrecarga (Petronilho, 2007).

Segundo Sekaran et al. (2010), a reintegração e a inclusão social são questões-chave em todo o processo de reabilitação da pessoa com LM, porque na maioria dos casos de LM, as pessoas eram saudáveis e ativamente integradas na vida social. Neste contexto, tendo em conta que o alvo de intervenção do enfermeiro especialista é a pessoa e família (Ordem dos Enfermeiros, 2009a), a promoção da transição saudável no regresso a casa da pessoa com LM, ou outra situação de deficiência, deverá ser um objetivo primário das terapêuticas de enfermagem do

EEER (Meleis, 2010), sendo este um foco de atenção que poderá contribuir para a visibilidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Segundo o Regulamento dos PQCEER, a Enfermagem de Reabilitação “constituindo-se uma área de intervenção clínica reconhecida, dá resposta a necessidades concretas da população e às novas exigências em cuidados, contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.3). Vários autores são consensuais nos ganhos em saúde conseguidos com a intervenção do EEER na preparação do regresso a casa da pessoa com LM, ou outra situação de deficiência, referindo como emergente a definição de um modelo de resumo mínimo de dados de enfermagem (RMDE) de reabilitação, de forma a produzir de um conjunto de indicadores da qualidade do exercício profissional, a partir de focos de atenção do EEER (Petronilho, 2007). Outros autores ambicionam para a enfermagem “a transição para uma situação onde o conhecimento em enfermagem sirva o ciclo da investigação, na medida em que a produção de evidência permite a sua utilização e consequentemente a entrada no circuito investigativo que produza novo conhecimento” (Amendoeira, 2009, p.10), sendo esta uma condição desejável para a valorização da enfermagem sob o ponto de vista da visibilidade social e da qualidade dos cuidados.

Assim, considero como desafios futuros para o EEER, o desenvolvimento da investigação, da prática baseada em evidência e a definição de um modelo de RMDE de Reabilitação. Outro aspeto desafiante poderá incluir a abordagem da pessoa no ponto de vista da equipa transdisciplinar<sup>31</sup> e/ou da equipa compreensiva<sup>32</sup> (Hoeman, 2011), sendo que esta abordagem trará benefícios importantes na gestão das transições vividas pela pessoa com LM, ou outra situação de deficiência. Para além dos aspetos mencionados, o EEER tem no seu horizonte a perspetiva de alargamento do seu campo de intervenção pela identificação e demarcação de dilemas éticos. Ao longo deste percurso, deparei-me com cenários eticamente conflituantes, relacionados com o acesso e a distribuição equitativa dos recursos de

---

<sup>31</sup> **Equipa Transdisciplinar**- Caracterizada pelo esbatimento das fronteiras entre as disciplinas que compõem a equipa. Nesta equipa é definido um terapeuta principal de referência, um elemento da equipa responsável que varia consoante as necessidades da pessoa. Esta abordagem permite uma prática integradora e tendo como enfoque a totalidade dos aspetos inter-relacionados à saúde e à doença (Hoeman, 2011).

<sup>32</sup> **Equipa Compreensiva**- Abordagem especializada para populações específicas (Hoeman, 2011).



saúde (Fontes & Martins, 2015), a sobrecarga do cuidador (Machado, et al., 2015) e a promoção dos cuidados de saúde de reabilitação quando já não existe qualquer esperança razoável de melhora (Hoeman, 2011).

Prestes a finalizar este percurso transicional, considero que o conhecimento em enfermagem pode ser encarado como um ciclo interminável, numa perspetiva em que nenhum trabalho estará, alguma vez, “concluído”, pois servirá de ponto de partida para outros trabalhos que ao estudarem os mesmos fenómenos, terão em linha de consideração o conhecimento já existente. Esta é a minha visão sobre este relatório, pois espero sinceramente que o próprio sirva de “ajuda e ponto de partida” para outros trabalhos que serão realizados no futuro, motivo pelo qual ficará disponível para ser consultado na biblioteca da ESEL. Perspetivando a minha prática futura, tenho por objetivo pessoal a transferência para um serviço onde poderei prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação perante a pessoa com alterações cardiorrespiratórias, sensório-motoras, de eliminação ou da sexualidade, no contexto de uma equipa multidisciplinar. Além do mais, gostaria de complementar a minha formação em projetos científicos, através da participação em trabalhos de investigação e elaboração de artigos científicos que destacassem a pertinência e a relevância da enfermagem de reabilitação na sociedade atual.

Termino então este relatório ciente das competências e conhecimentos desenvolvidos, convicta que sou hoje uma pessoa e enfermeira mais completa e evoluída, com instrumentos que me habilitam a cuidar melhor e a ter um olhar diferente, mais global e transversal às realidades atuais da saúde e da enfermagem. Além do mais, compreendo que a prática que desenvolvo diariamente é soberana em transmitir se este percurso transicional para EEER foi determinante em fazer de mim uma enfermeira melhor, porque, tal como afirma Collière (1999, p.202):

a formação universitária, embora contribua para revalorizar a imagem da enfermeira, não vai constituir um aval de qualidade de prática de cuidados, nem apresentar, por si só, a garantia de uma valorização dos mesmos e, menos ainda, assegurar que o seu benefício atinja os utilizadores. De facto, é à prática profissional que pertence conferir sentido a toda a formação superior mobilizando-a através das situações (...) e tornando acessíveis a compreensão e o domínio dos fenómenos implicados no processo saúde-doença, tanto para os que prestam cuidados como para os utilizadores.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Sintra. (2013). *Documento em Word*.(2014-06-04). Plano de Acção 2014 / 2016: Unidade de Cuidados na Comunidade Cacém Care. Acessível na UCC Cacém Care, Cacém, Portugal.
- Almeida, C., Ferreira, A. & Faria, F. (2011). Lesões medulares não traumáticas – Caracterização da população de um Centro de Reabilitação. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 20(1), 34-37.
- Alvarez, A. B., Teixeira, M. L. O., Branco, E. M. S. C. & Machado, W. C. A. (2013). Sentimentos de clientes paraplégicos com lesão medular e cuidadores: Implicações para o cuidado de Enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(4), 654-661. **DOI:** 10.4025/cienccuidsaude.v12i4.18107.
- Amendoeira, J. (2009). Ensino de Enfermagem: Perspetivas de Desenvolvimento. *Pensar em Enfermagem*, 13 (1), 2-12. Acedido a 25-03-2015. Disponível em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009\\_13\\_1\\_2-12%282%29.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_2-12%282%29.pdf)
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito: Excelência e poder na prática clinica da enfermagem*. Coimbra. Quarteto.
- Boldt, C. Velstra, I., Brach, M., Linseisen, E. & Cieza, A. (2012). Nurses' intervention goal categories for persons with spinal cord injury based on the International Classification of Functioning, Disability and Health: an international Delphi survey. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1109-1124. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2012.06100.x.
- Botelho, M. A. R. (2010). Editorial: Evidência e Ética. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 1. Acedido a 09-04-2015. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010\\_14\\_2\\_Editorial\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_Editorial(1).pdf)
- Cardoso, J. (2006). *Sexualidade e deficiência: Adaptação psicológica e sexualidade na lesão medular*. Coimbra: Quarteto.

- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Dias, L. P. F. (2011). *Inclusão social de cidadãos portadores de deficiência(s) residentes no concelho de Miranda do Douro*. (Relatório de estágio para a obtenção do Grau de Mestre em Educação Social). Acedido a 15/03/2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/6870>.
- Fonseca, E. (2015). Formação: Uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing Magazine Digital*, 1-7. Acedido a 25-03-2015. Disponível em <http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>
- Fontes, F. & Martins, B. S. (2015). Deficiência e Inclusão Social. *Sociologia, problemas e práticas*, 77, 153-172. DOI:10.7458/SPP2015773293.
- Garcia, C. I. R. S. (2014). *Conceção e avaliação de um instrumento vídeo sobre autocuidado e reabilitação em pessoas com lesão vértebro medular*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Acedido em 10/02/2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/16103>.
- Haines, D. E., Mihailoff, G. A. & Yeziarski, P. (2006). Medula Espinhal. In D. E. Haines (Ed.). *Neurociência fundamental: Para aplicações básicas e clínicas* (3ªed.) (pp. 169-188). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Henriques, F. (2004). *Paraplegia: Percursos de adaptação e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S.P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados*. Loures: Lusodidacta.
- Im, E. (2010). *Afaf Ibrahim Meleis: Transition Theory*. Acedido 13 de Janeiro de 2014. Disponível em <https://www.us.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780323056410/Chapter%2020.pdf>

- Kreuter, M., Taft, C., Siösteen, A. & Biering-Sørensen, F. (2011). Women's sexual functioning and sex life after spinal cord injury. *Spinal Cord*, 49, 154-160. DOI:10.1038/sc.2010.51.
- Machado, W. C. A., Alvarez, A. B., Teixeira, M. L. O., Branco, E. M. S. C. & Figueiredo, N. M. A. (2015). Como cuidadores de paraplégicos lidam com sobrecarga de atividades no dia a dia. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*, 7 (1), 1796-1807. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1796-1807.
- Meleis, A. (Ed.) (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- OMS & DGS (2004): *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Acedido a 21-05-2014. Disponível em: [http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico – Anotações e Comentários*, Lisboa: Grafinter.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009a). *Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista*. Acedido a 13-10-2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009b). *Guia de Boa Prática de cuidados de enfermagem à Pessoa com traumatismo Vértebro-medular*. Ordem dos Enfermeiros – Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação – Mandato de 2004 / 2007. Acedido a 10-03-2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoequiavertebro.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 02-01-2014. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 02-01-2014. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 04-03-2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação: Plano de actividades para 2015*. Acedido a 06-04-2015. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Plano\\_de\\_Atividades\\_2015.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Plano_de_Atividades_2015.pdf)
- Pereira, I. C. B. F. (2013). *Do hospital para casa: estrutura da ação de Enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do Regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto, E. M. E. M. (2011). *Independência funcional e Regresso ao Domicílio: Variável chave para a Enfermagem de Reabilitação*. (Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Acedido a 21/06/2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/1617>.

Reeve, C. (1999). *Still me*. New York: Random House.

Rostelato, T. A. (2013). Pessoas com deficiência: A inclusão social e a integração: O retrato do século XXI. *FAIT: Revistas Científicas Eletrônicas*. Acedido a 20-03-2015. Disponível em:  
<http://fait.revista.inf.br/site/e/direito-2-edicao-maio-de-2013.html>

Santos, C. M. O. (2014). *Transição no autocontrolo continência Fecal na pessoa com Lesão Medular Traumática*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Acedido a 17/03/2015. Disponível em:  
<http://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=listTitle&clear=1>

Scovil, S. Y., Ranabhat, M. K., Craighead, I. B. & Wee, J. (2012). Follow-up study of spinal cord injured patients after discharge from inpatient rehabilitation in Nepal in 2007. *Spinal Cord*, 50, 232–237. **DOI:** 10.1038/sc.2011.119.

Sekaran, P., Vijayakumari, F., Hariharan, R., Zachariah, K., Joseph, S. E. & Senthil Kumar, R. K. (2010). Community reintegration of spinal cord-injured patients in rural south India. *Spinal Cord*, 48, 628 – 632. **DOI:** 10.1038/sc.2010.6.

Silva, G. A., Schoeller, S. D., Gelbcke, F. L., Carvalho, Z. M. F. & Silva, E. M. J. P. (2012). Functional assessment of people with spinal cord injury: Use of the functional independence measure – FIM. *Text Context Nursing*, 21(4), 929-936. **DOI:** 10.1590/S0104-07072012000400025.

Simpson, G. & Jones, K. (2012). How important is resilience among family members supporting relatives with traumatic brain injury or spinal cord injury? *Clinical Rehabilitation*, 27(4), 367–377. **DOI:** 10.1177/0269215512457961.

The National Spinal Cord Injury Statistical Center. (2013). *Facts and Figures at a Glance 2013*. University of Alabama:Birmingham. Acedido a 23-04-2014. Disponível em:  
[https://www.nscisc.uab.edu/PublicDocuments/fact\\_figures\\_docs/Facts%202013.pdf](https://www.nscisc.uab.edu/PublicDocuments/fact_figures_docs/Facts%202013.pdf)

Van Den Berg, M. E. L., Castellote, J. M., Mahillo-Fernandez, I. & Pedro-Cuesta, C. J. (2010). Incidence of Spinal Cord Injury Worldwide: A Systematic Review. *Neuroepidemiology*, 34, 184–192. **DOI:** 10.1159/000279335.

WHO & ISCOS. (2013). *International Perspectives on Spinal Cord Injury*. Acedido em 14-05-2014, consultado em:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94190/1/9789241564663\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94190/1/9789241564663_eng.pdf)

**ANEXOS**





## **Anexo I** - Avaliação do EEER Orientador do CMRA



ANEXO II

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO**

**APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Estudante: Enfa. Eunice Rosendo

Local de Estágio: CRLA Início: 30/09/14 Fim: 30/11/14

Orientador: Enf. Nuno Fernandes

A Enfa. Eunice Rosendo demonstra comprometimento e  
positiva profissionalidade que a habilita a reconhecer e  
resolver os seus problemas de maior complexidade, no entanto o seu trabalho  
exige um maior aprofundamento de conhecimentos, em relação  
ao desenvolvimento profissional: maior interação em reuniões  
e discussões os seus conhecimentos, além disso quer  
sempre as situações, ser mais clara e objetiva; expressa  
Responsabilidade profissional: aceita feedback dos seus  
colaboradores e assume a sua responsabilidade. Relações humanas:  
tem boa relação com profissionais, contribuindo para um  
bom ambiente de trabalho, interage e participa no  
equipe, família e estudantes. Gostaria de obter mais  
participação de outros profissionais de saúde e generalista,  
promover a integração dos profissionais de saúde e  
A nota proposta para Enfa. Eunice é de 14 To Bom  
com valor de 17.

DATA: 26/11/14

ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
			Eunice Rosendo



## **Anexo II - Avaliação das EEER Orientadoras da ECCI**



ANEXO II

\_\_\_ CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Enice Rosendo

Local de Estágio: UEC Crianças Cova [Eccicaden] Início: 01.12.2014 Fim: 13.02.2015

Orientador: Sírfi Ana Raposo e Cristine Marques

A Enice demonstrou ao longo de todo o período de estágio uma grande capaci-  
dade de observação e intervenção.

Apresentou grande facilidade na integração com os diversos colegas da equipa  
e adaptabilidade à metodologia de trabalho em contexto domiciliário.  
Cede os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e atua-  
ção na equipa multiprofissional.




Concebeu, gerou e colaborou nos procedimentos de melhoria contínua de quali-  
dade -baseando a sua prática em sólidos e válidos padrões de conheci-  
mento.

Profissional e em estratégias metodológicas de intervenção arabiando sempre  
a funcionalidade, diagnosticando alterações. Concebeu, dirigiu e imple-  
mentou planos de intervenção com o propósito de promover capacidades  
adaptativas dirigidas ao doente e seu cuidador.

Demonstrou sempre ao longo de todo este percurso grande satisfação  
e imaginação nos cuidados prestados ao doente e família, reconhe-  
cendo melhoria na qualidade de vida dos utentes, e em a nossa inter-  
venção mesmo em doentes muito dependentes e sem alteração da sua  
funcionalidade.

Perante a parceria desenvolvida durante este percurso com a colega,  
concretizou-se avaliar-la com a mesma qualidade de trabalho e respeito  
que foi um prazer trabalhar com a Enice.

DATA:

	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
ASSINATURAS:		 Ana Raposo	





## **APÊNDICES**



## **Apêndice 1 - Projeto de Formação**





5º CURSO DE MESTRADO  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM **ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

UNIDADE CURRICULAR:  
OPÇÃO II

TEMA:

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
na Transição do regresso a casa da Pessoa com Lesão Medular



*Eunice Rosendo*

Lisboa,  
julho, 2014



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM **ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

UNIDADE CURRICULAR:  
OPÇÃO II

TEMA:

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na  
Transição do regresso a casa da Pessoa com Lesão Medular

Discente:  
Eunice Rosendo (nº5484)

Docente Orientador:  
Professor Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa,  
julho, 2014





## **ABREVIATURAS**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ASIA - *American Spinal Injury Association*

AVD - Atividades de Vida Diária

CMRA - Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

ECCL - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ISCOS- *The International Spinal Cord Society*

LM - Lesão Medular

PQCEER - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

TVM - Traumatismo Vertebromedular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO - *World Health Organization*



*“A finalidade da reabilitação inscreve-se na complexidade do ser humano e  
no que há de aleatório na vida de todas as pessoas”*

(Hesbeen, 2003, p.135).



# ÍNDICE

f

<b>1- IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>5</b>
1.1-Título .....	5
1.2- Palavras-chave .....	5
1.3- Data de início .....	5
1.4- Duração .....	5
<b>2- INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS .....</b>	<b>6</b>
<b>3- COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA .....</b>	<b>7</b>
3.1- Sumário .....	7
3.2- Justificação da escolha do tema .....	9
3.2.1- Impacto na Pessoa, Família e Sociedade .....	10
3.2.2- A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação .....	12
3.3- Enquadramento Conceptual .....	15
3.4- Plano de Trabalho e Métodos .....	19
3.4.1- Problema Geral e Problemas Parcelares .....	20
3.4.2- Objetivo Geral e Objetivos Específicos .....	21
3.4.3- Fundamentação da escolha dos locais de Estágio .....	22
3.4.4- Descrição das tarefas e resultados esperados .....	23
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>25</b>

## APÊNDICES

**Apêndice I** - Planeamento de atividades

**Apêndice II** - Cronograma

**Apêndice III** - Entrevistas realizadas nos locais de estágio



# **1-IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

## **1.1-Título do Projeto**

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Transição do regresso a casa da Pessoa com Lesão Medular

## **1.2-Palavras-Chave**

Enfermagem de Reabilitação; Pessoa em Transição; Lesão Medular; Regresso a casa; Cuidador Familiar

## **1.3-Data de início**

29 de Setembro de 2014

## **1.4-Duração**

18 Semanas

## 2- INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

As instituições envolvidas neste projeto são a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Cacém Care, integrada no ACES de Sintra, e o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA), as quais passarei a descrever sucintamente:

- **ESEL:** Instituição de ensino e de investigação que oferece formação a nível de 3 ciclos de estudos, cuja finalidade principal é contribuir para o desenvolvimento da disciplina da Enfermagem e da profissão. É tutelada pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. A sua origem resulta da fusão das quatro escolas superiores de enfermagem públicas de Lisboa. Este Projeto está inserido no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, 2º ciclo de estudos.

- **CMRA:** Instituição em funcionamento desde 1966, cuja reabilitação está focada na deficiência com predomínio motor. Assume o compromisso de promover a autonomia dos utentes, a defesa dos seus direitos de cidadania e a sua integração social e profissional na sociedade. Nesta instituição desempenham funções 53 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER). O serviço de adultos, piso 1 esquerdo, cuja patologia mais frequente é a Lesão Medular (LM), será o local onde decorrerá o primeiro período de Ensino Clínico, durante o qual será operacionalizado este projeto.

- **UCC Cacém Care:** Instituição integrada no ACES de Sintra, conta com uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) onde decorrerá o segundo período de Ensino Clínico. A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) apresenta uma equipa de enfermagem composta por 2 EEER e 4 enfermeiros gerais. Esta ECCI segue o Programa de Cuidados Continuados Integrados, conforme definido no DL nº 101/2006 de 6 de Junho (ACES Sintra, 2013). A população alvo da UCC Cacém Care são todos os utentes do ACES de Sintra em situação de perda de autonomia, portadoras de diversos tipos e níveis de dependência, que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social.



### **3- COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA**

#### **3.1- Sumário**

A realização de um Estágio com relatório com discussão pública é a condição para a obtenção do Grau de Mestre e do título de Especialista em Enfermagem de Reabilitação pela Ordem dos Enfermeiros. Este Projeto de Formação está inserido no âmbito da Unidade Curricular: Opção II, do 5º Curso de Mestrado na Área da Especialização em Enfermagem de Reabilitação e pretende delinear o meu percurso formativo ao longo do 3º semestre.

O meu interesse particular levou ao tema deste trabalho visto ter cuidado de pessoas portadoras de LM, durante alguns anos do meu percurso profissional. No entanto, um interesse particular não é suficiente pelo que uma pesquisa adicional foi necessária com o objetivo de justificar a pertinência deste tema. A pesquisa foi realizada na base de dados EBSCO, tendo sido selecionados 11 artigos científicos, e nas bibliotecas da ESEL, com a eleição de 3 Teses de Mestrado e 1 Tese de Doutoramento. Além destas pesquisas foram ainda consultados livros, periódicos, apontamentos e diapositivos, acedidos na frequência das Unidades Curriculares ministradas ao longo do 1º e 2º semestre deste curso.

A LM apresenta um impacto devastador na vida do doente e família e vitimiza pessoas de todas as idades, com uma preferência pelo sexo masculino. Este tipo de lesão tem como causa principal o trauma, sendo o acidente de viação a origem traumática mais frequente. No entanto, as causas não traumáticas de LM revestem-se de características muito semelhantes, no que diz respeito ao impacto na Pessoa, Família e Sociedade. Por este motivo, neste trabalho é escolhida a nomenclatura de Lesão Medular (LM), associada ou não a trauma e com ou sem componente vertebral, focando essencialmente as sequelas neurológicas da lesão da Medula Espinhal.

A Medula Espinhal funciona como veículo condutor de impulsos nervosos do cérebro para todas as partes do corpo, mas também pode funcionar como centro nervoso, processando ela mesma a resposta. A LM provoca alterações psicológicas, respiratórias, circulatórias, na eliminação vesical e intestinal, de termorregulação, na expressão da sexualidade, de mobilidade, integridade cutânea e, em algumas

circunstâncias, episódios de disreflexia autónoma. A intervenção do EEER na reabilitação da Pessoa com LM é crucial. Além de transições de saúde/doença, a pessoa com LM experiencia transições do tipo situacional, podendo estas coincidir com transições do tipo desenvolvimental, como são o caso da passagem da adolescência para a idade adulta ou o nascimento de um filho. A intervenção do EEER perante a pessoa com LM passa por facilitar os processos de transição para que estes tenham uma resolução saudável. Entre estas transições, o regresso a casa perspectiva-se como uma das mais temidas e receadas, ao mesmo tempo que desejada. O foco deste projeto de formação centra-se então na transição da pessoa com LM no regresso a casa, tendo sido adotada uma filosofia de cuidados guiada pela Teoria de médio alcance de Meleis e centrada na pessoa com LM e família.

O Problema Geral encontrado é: "Quais as competências que o EEER integra no seu campo de atuação e que poderão promover a resolução saudável da Transição da Pessoa com LM no regresso a casa". Para este problema foram definidos um objetivo geral e 9 específicos, sendo estes:

- Objetivo Geral: "Desenvolver competências no campo de intervenção definido para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na Transição do regresso a casa da pessoa com LM".

- Objetivos Específicos:

1- Ampliar os conhecimentos técnicos e científicos na área da prestação de cuidados à pessoa com LM que sirvam de base a uma prática de qualidade baseada na evidência;

2-Integrar as equipas de cuidados nos locais de Ensino Clínico de forma a identificar o campo de atuação do EEER;

3-Desenvolver uma relação profissional e terapêutica com a pessoa com LM que favoreça uma correta avaliação das limitações e uma boa adesão aos planos de intervenção;

4-Colaborar na conceção e implementação de programas de intervenções no domínio da enfermagem de reabilitação;

5-Desenvolver, avaliar e reformular, se necessário, intervenções de enfermagem de treino motor e respiratório que visam melhorar as funções residuais, prevenir complicações e incapacidades;

- 6-Monitorizar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com LM, de forma a reduzir o risco de alteração da funcionalidade;
- 7-Avaliar as intervenções de enfermagem que possam ser traduzidas em ganhos em saúde, a nível individual, familiar e social;
- 8-Conhecer os recursos da comunidade que poderão facilitar a inclusão social da pessoa com LM;
- 9-Desenvolver um programa de intervenções em conjunto com a pessoa com LM e família/cuidador para implementar no domicílio.

A operacionalização deste projeto tem por finalidade o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, conforme definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010a; 2010b).

### **3.2- Justificação da escolha do tema**

Para Tavares (1990, p.51), “a existência de um projecto entende-se na medida em que proporciona a satisfação de uma necessidade identificada nesta etapa. A concordância entre diagnóstico e necessidades determina a pertinência do Plano, do Programa, do Projecto.” Para Botelho (1994, p.35), citando Bouvalot e Courtois, um projeto “é não só um processo evolutivo que o aluno vai construindo e reconstruindo, mas também algo de muito pessoal que reflete a personalidade do construtor”. Neste sentido, podemos dizer que a intenção do projeto inicia-se com uma preocupação particular, algo que incomoda e faz surgir o desejo de intervir, mudar e melhorar.

A circunstância de ter prestado cuidados de enfermagem, durante 8 anos, a pessoas com LM fez emergir um maior interesse em saber mais para cuidar melhor. Visto desempenhar funções em contexto hospitalar, os cuidados de enfermagem prestados tinham por objetivo a sobrevivência e a prevenção de complicações a curto, médio e longo prazo. E depois? Para onde este doente irá? Quem cuidará desta pessoa? Como esta pessoa vai lidar com esta nova realidade? O que será possível reabilitar? Quais as intervenções do enfermeiro nesta reabilitação? Todas estas perguntas surgiam e ficavam por responder quase na totalidade, com exceção de pequenos ecos que chegavam do exterior sobre a evolução da reabilitação dos doentes de quem cuidara. Fazendo uma análise retrospectiva, reconheço que foram

estas pessoas, vítimas de LM de quem tive o privilégio de cuidar, que inspiraram a escolha da Reabilitação como linha condutora na minha atuação como enfermeira. Nesta fase do meu percurso profissional fui afetada pelo “espírito de reabilitação” que “é sinónimo de um interesse autêntico pela pessoa, sem a reduzir à sua afecção ou às suas características” (Hesbeen, 2003, p.35). A Reabilitação é a essência da enfermagem, ao mesmo tempo que justifica a sua necessidade.

### 3.2.1- Impacto na Pessoa, Família e Sociedade

A LM é uma ocorrência que origina na pessoa alterações físicas invariavelmente irreversíveis, quase sempre de forma abrupta e inesperada, e que imediatamente a impedem de ser independente nas atividades de vida diária (AVD) e de ter uma participação normal na sociedade onde está inserida. Este tipo de lesão apresenta um impacto devastador na vida do doente e família, podendo originar desajustes nas relações familiares, alterações no círculo de amigos e desadaptação à atividade profissional (Henriques, 2004; Boldt, Velstra, Brach, Linseisen & Cieza, 2012).

As vítimas deste tipo de lesão são maioritariamente adultos jovens do sexo masculino (*National Spinal Cord Injury Statistical Center*, 2013), com uma média de idade, desde 2010, de 42,6 anos. Segundo WHO & ISCOS (2013), até 90% dos casos de lesão medular são devido a causas traumáticas, como acidentes de trânsito, quedas e violência. Um estudo levado a cabo no CMRA (Almeida, Ferreira e Faria, 2011) revelou que as lesões não traumáticas são normalmente provocadas por doenças neoplásicas, degenerativas e iatrogénicas, evidenciando-se outras etiologias como a infecciosa, idiopática, vascular e auto-imune. Conhecendo a importância anatomofisiológica da medula espinhal como transmissor de impulsos e mensagens do cérebro para todas as partes do corpo e como um centro nervoso que controla a postura, a eliminação, a função sexual, a respiração, entre outras funções, é simples discernir as consequências e o impacto que uma lesão a este nível poderá ter (Lundy-Ekman, 2008).

Segundo WHO & ISCOS (2013), a incidência de novos casos de LM é estimada em 40-80 por milhão. Isto significa 250.000 a 500.000 novos casos de LM por ano, no mundo inteiro.

No Reino Unido existem 40 mil pessoas que vivem com uma LM e em média 1.200 pessoas são afetadas por ano, sendo os acidentes rodoviários a principal causa de LM neste país (*Apparelyzed*, 2013). Segundo *The National Spinal Cord Injury Statistical Center* (2013), nos Estados Unidos estimou-se em 2013 que cerca de 273 mil pessoas viviam com uma LM e em média 12 mil pessoas por ano são vítimas de grave incapacidade decorrente deste tipo de lesão. Segundo a mesma fonte, os acidentes de viação são responsáveis por 36,5% das LM relatadas.

Nos países da Europa Ocidental foram reportadas várias taxas de incidência, sendo que a mediana calculada foi de 16 casos por milhão (Santa Casa, 2014). No estudo de Van den Berg, Castellote, Mahilo-Fernandez, & Pedro-Cuesta (2010), foi referida uma taxa de incidência de LM traumáticas, ou seja de traumatismos vertebromedulares (TVM), em Portugal, na ordem dos 57.8 indivíduos por milhão, tendo sido encontrados dois picos etários: o primeiro pico, em adultos jovens entre 15 e 29 anos e um segundo pico em adultos mais velhos (idade igual ou superior a 65 anos). Os acidentes de trânsito e as quedas foram as causas mais prevalentes de lesão representando percentagens quase iguais. Este estudo reflete um outro padrão etário com cada vez maior incidência, associada com o avançar da idade. De um modo geral, as TVM ocorrem com mais frequência no sexo masculino do que no feminino (numa proporção de 8:2) (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Segundo Martins (1999) citado por Oliveira (2001, p.44), em Portugal, “51% dos traumatismos vertebro-medulares resultam de lesões cervicais e 49% de lesões a nível dorsal ou lombar”.

Relativamente ao encargo social, segundo *The National Spinal Cord Injury Statistical Center* (2013), nos EUA a média das despesas no primeiro ano após a lesão de um paciente paraplégico é cerca de 508.904 USD. Para os doentes tetraplégicos, as despesas podem variar entre 754.524 USD e 1.044.197 USD, conforme a gravidade da lesão. O custo estimado até ao fim de vida de uma pessoa com LM pode variar entre 1.092.521 USD e 4.633.137 USD, conforme o local e a gravidade da lesão, bem como a idade do doente aquando do momento da lesão.

Um estudo realizado entre 2009 e 2010, no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, em Portugal, mostra que as despesas relacionadas com "pessoas com alterações das funções orgânicas e/ou neuromusculoesqueléticas que não têm restrições (ou com restrições moderadas) na execução de tarefas que

implicam faculdades manipulativas, mas com problemas severos de mobilidade (mudar a posição básica do corpo) que implicam necessidade de apoio pessoal e de dispositivos de auxílio (nomeadamente cadeiras de rodas) para mover o corpo e realizar deslocações, assim como de adaptações nos meios de transporte" (Portugal, 2010, p.254), têm um custo total de 1.604 euros mensais e 19.248 euros anuais, com uma contribuição do Estado de 997 euros, o que totaliza um custo efetivo anual de 18.251 euros.

### 3.2.2- A Intervenção do enfermeiro de Reabilitação

O enfermeiro de reabilitação assume uma intervenção fundamental nas transições sofridas e vividas pelas pessoas de quem cuida nos contextos da sua prática. A preparação do regresso a casa, como uma transição potencialmente angustiante para a pessoa com LM, é um exemplo emblemático desse papel. Perspetivar o regresso ao domicílio implica avaliar cada situação como única, atuar em função da autonomia e da necessidade de autocuidado da pessoa e conhecer os fatores condicionantes do contexto domiciliário (Pinto, 2011). Hoeman (2011, p.191) afirma que “uma avaliação completa das necessidades e recursos do doente e da comunidade, avaliar os serviços de saúde e as barreiras à reintegração são componentes e áreas essenciais em que as enfermeiras de reabilitação podem ser instrumentos de melhores resultados”.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros, define um perfil de competências que visa um enquadramento regulador para a certificação das mesmas. O mesmo documento refere que o EEER “utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando -lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). As Competências Específicas do EEER são:

- **J1:** Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

- **J2:** Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- **J3:** Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

No que diz respeito à primeira competência (**J1**), considero que a pessoa com LM é de facto uma pessoa com necessidades especiais que apresenta restrição na atividade e limitação na participação, pelo que é imprescindível que o EEER conceba, implemente e avalie planos e programas que possam facilitar a preparação da alta e o regresso ao lar/sociedade/trabalho. Segundo Boldt et al., 2012, os cuidados prestados à pessoa com LM na fase aguda serão determinantes na recuperação neurológica e funcional e, por último, na qualidade de vida, pelo que, a reabilitação deverá ser iniciada logo que o estado clínico seja considerado estável. Os mesmos autores reconhecem a importância fulcral dos enfermeiros de reabilitação que realizam várias intervenções, incluindo o cuidado direto ao indivíduo, a colaboração no atendimento médico, a educação do indivíduo e do cuidador, a gestão dos cuidados e o apoio psicossocial para o indivíduo e sua família.

No âmbito da competência **J2**, pretende-se que o EEER elabore e implemente programas que maximizem a independência funcional e a autonomia da pessoa, do ponto de vista do autocuidado, ao mesmo tempo que intervém na comunidade por sensibilizar a população a adotar práticas inclusivas e por emitir pareceres sobre barreiras arquitetónicas. Segundo WHO & ISCOS (2013), muitas das consequências associadas à LM não resultam da própria condição, mas de cuidados de saúde e de reabilitação inadequados, e de barreiras nos ambientes físicos, sociais e políticos que excluem as pessoas com LM da participação na comunidade. Ao preparar a alta de uma pessoa com LM, o EEER intervém na comunidade por conhecer o ambiente envolvente do domicílio desta pessoa, conhecer as pessoas significativas com quem se relaciona, as redes de apoio disponíveis, ao mesmo tempo que prepara o doente para a vida real em comunidade. Neste sentido, o desenvolvimento de habilidades de autocuidado tem sido o principal foco dos programas de reabilitação da pessoa com LM (Ide-Okochi, Tadaka, & Fujimura, 2013a). Segundo Okochi, Yamazaki, Tadaka, Fujimura, K. & Kusunaga, T. (2013b), o desenvolvimento da independência funcional da pessoa com LM é um elemento essencial para que esta se sinta socialmente reintegrada.

Outro estudo conclui, de igual forma, que a reabilitação promove ganhos na independência funcional, sendo fundamental para a recuperação da sua autonomia (Silva, Schoeller, Gelbcke, Carvalho & Silva, 2012). Este mesmo estudo refere que a reabilitação possibilita à pessoa o treino de novas habilidades que tornam possível enfrentar obstáculos quotidianos, e afirma:

(...)reabilitar é tornar alguém novamente habilitado de algo que foi perdido e, para tanto, é fundamental o trabalho de uma equipe multidisciplinar, possibilitando à pessoa com lesão medular qualidade de vida e o retorno às atividades realizadas antes de sua ocorrência, entre estas o trabalho, o lazer, a sexualidade e a independência na realização das atividades diárias” (Silva et al., 2012, p.930).

Segundo Boldt et al. (2012), o enfermeiro de reabilitação intervém na capacitação do indivíduo e da sua família ou cuidadores para assumir o controlo de gestão dos seus próprios cuidados futuros.

No que diz respeito ao desenvolvimento da competência **J3**, pretende-se que o enfermeiro especialista em reabilitação conceba programas de treino cardiorrespiratório e motor que possam prevenir complicações e possam maximizar as potencialidades da pessoa. Segundo Scovil, Ranabhat, Craighead & Wee (2012), sem uma boa reintegração à comunidade, a pessoa com LM está mais propensa a obter complicações secundárias de saúde, tais como úlceras de pressão decorrentes da imobilidade, infeções do trato urinário e complicações respiratórias, resultando em reinternamentos frequentes ou mesmo na morte. O mesmo estudo refere a educação, o acompanhamento e o suporte da pessoa com LM e da sua família, como fatores facilitadores da sua participação na comunidade. Na mesma linha de pensamento, outro estudo (Boldt et al., 2012) refere que os enfermeiros contribuem significativamente na prevenção de complicações no ambiente comunitário, por supervisionar o auto-cateterismo vesical intermitente com técnica limpa para evitar infeções, e por fornecer conselhos sobre como realizar a inspeção diária da pele para prevenir úlceras de pressão.

Assim sendo, considero que este projeto, na sua elaboração e operacionalização irá contribuir para o desenvolvimento das minhas competências como EEER, ao mesmo tempo, que contribuirá para aumentar um corpo de conhecimentos já muito vasto da enfermagem de reabilitação, podendo este ser



sempre enriquecido pelas circunstâncias específicas e perspectivas diferentes com que cada tema é abordado.

### 3.3- Enquadramento Conceptual

A medula espinhal tem a forma de um cordão que ocupa o canal vertebral, desde a região do atlas - primeira vértebra - até ao nível da segunda vértebra lombar e faz parte do Sistema Nervoso Central. A medula funciona como veículo condutor de impulsos nervosos do cérebro para todas as partes do corpo, mas também pode funcionar como centro nervoso, processando ela mesma a resposta. É o que acontece, por exemplo, com os reflexos, sendo estes atos involuntários que ocorrem sem a participação do encéfalo, a partir da própria medula (Lundy-Ekman, 2008).

A **Lesão Medular** resulta em deterioração ou perda, permanente ou temporária, das funções motora e / ou sensorial nos segmentos medulares cervical, torácico, lombar ou sagrado por lesão nos elementos neurais do canal medular (Boldt et al., 2012). A Pessoa com LM experiencia uma variedade de dificuldades decorrentes de um início, quase sempre súbito, de deficiência, relacionadas com défices motores, défices sensoriais, disfunção vesical e intestinal, pelo que requerem um acompanhamento contínuo (Ide-Okochi et al., 2013b). Na LM, seja traumática ou não traumática na origem, as deficiências decorrentes são de grande preocupação para os profissionais de saúde, para a pessoa afetada e sua família e para a sociedade como um todo. Os défices neurológicos muitas vezes produzem efeitos a longo prazo que persistem ao longo da vida e estão associados com deficiência grave, limitação de atividade e restrição na participação (Van Den Berg et al., 2010).

A LM pode ser completa quando a lesão ocorre em toda a espessura da medula espinhal ou incompleta. A escala de classificação da *American Spinal Injury Association* (ASIA), padronizou a classificação da LM entre os limiares de A a E, sendo: ASIA A (lesão medular completa); ASIA B (lesão motora completa e sensitiva incompleta); ASIA C (lesão sensitiva e motora incompletas); ASIA D (lesão incompleta com função motora preservada abaixo do nível da lesão) e ASIA E (funções sensitiva e motora normais) (Silva et al., 2012; Henriques, 2004). Através de uma folha de fluxo padrão, o EEER poderá ainda classificar a LM segundo o nível neurológico da lesão (Hoeman, 2011).

Outras escalas foram elaboradas com o objetivo de avaliar o impacto da LM nas AVD e na função do indivíduo, bem como os resultados da reabilitação. Uma destas escalas é a Medida de Independência Funcional (MIF), sendo esta a utilizada no CMRA. A MIF mensura a capacidade e a independência funcionais e estima o grau de dificuldade para a realização do autocuidado nas AVD, ou seja, é um instrumento que mede o grau de independência das pessoas com deficiência para a realização de tarefas motoras e cognitivas (Silva et al., 2012; Boldt et al., 2012).

As alterações presentes na pessoa com LM dependem do nível, tipo e gravidade da lesão. No entanto, existem alterações esperadas na maioria das vítimas de LM, tais como as alterações psicológicas, respiratórias, circulatórias, na eliminação vesical e intestinal, de termorregulação, na expressão da sexualidade, de mobilidade e de integridade cutânea (risco de úlceras de pressão) (Ordem dos Enfermeiros, 2009). No caso das LM que afetem o 2º neurónio motor, associadas a lesões dorsais baixas, lombares e sagradas, espera-se uma paraplegia flácida e em situações de lesão do 1º neurónio motor, característica de lesões dorsais e cervicais, espera-se uma paraplegia/tetraplegia espástica. Nesta última situação, além das alterações apontadas, existirão ainda complicações relacionadas com a autonomia respiratória e com a disreflexia autónoma (Varanda, 2009).

A LM é um evento traumático que afeta muitas facetas da vida da pessoa lesionada (Kreuter, Taft, Siösteen, & Biering-Sørensen, 2011). O processo de adaptação efetiva à LM é longo e contínuo, durante o qual, a pessoa é confrontada com profundas alterações no seu projeto de vida e passa por um processo transição associado à mudança da sua identidade no contexto social (Henriques, 2004).

Chick & Meleis (Meleis, 2010, p.25) definem transição como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”(trad. da autora). A transição é um conceito central em enfermagem, mas visto que as experiências de transição são diversificadas, complexas e variadas, Meleis (2010) desenvolveu uma teoria que descreve a natureza, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta comuns aos diferentes processos de transição, fatores que direcionam as diferentes intervenções de enfermagem. Pode-se então afirmar que a teoria de Meleis e colaboradores proporciona uma visão interpretativa sobre as vivências da transição, permitindo perceber como cada **pessoa** vivencia o processo de **transição** em que está envolvido. As transições caem dentro do domínio da enfermagem

quando atendem à saúde e à doença ou quando as respostas à transição se manifestam em comportamentos relacionados com a saúde. Promover a transição saudável é, assim, o alvo das terapêuticas de enfermagem (Im, 2010).

De acordo com Meleis (2010) foram identificadas quatro tipos de transições centrais para a prática de enfermagem: desenvolvimental (mudanças ao longo do ciclo vital, como por exemplo a gravidez); saúde/doença (processos de saúde e de doença); situacional (situações que originam a mudança de papéis, alterações na dinâmica familiar, mudanças de estado civil) e organizacional (transições no ambiente e organizacionais). Na sua Teoria de médio alcance, a autora refere que as transições podem ser únicas, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas ou não relacionadas, define quais as propriedades universais<sup>33</sup> da transição e quais os padrões de resposta<sup>34</sup>, indicadores de processo<sup>35</sup> e de resultado<sup>36</sup> (Meleis, 2010).

É crucial para o EEER compreender que os clientes têm percepções e significados próprios, relativamente a situações de saúde e de doença. Neste contexto, é fundamental compreender o impacto da transição na vida da pessoa para que se possam identificar possíveis riscos e definir estratégias de intervenção em enfermagem (Pereira, 2011). Como tal, a compreensão do processo de transição com toda a sua complexidade, deve constituir um desafio para o EEER, de forma a prestar ajuda efetiva à pessoa auxiliando-a a desenvolver mecanismos eficazes de adaptação. Assim sendo, os enfermeiros preparam “os clientes para a vivência das transições e facilitam o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagens nas experiências saúde/doença” (Meleis, 2010, p.52).

A pessoa que é vítima de LM experiencia transições múltiplas, simultâneas e sequenciais, já que este tipo de lesão interfere na imagem corporal, nas relações interpessoais e altera, ou até mesmo destrói, os projetos de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

**A Enfermagem de Reabilitação** é reconhecida pela sua especificidade e pela sua influência na melhoria dos cuidados de enfermagem por assentar o cuidar na

---

<sup>33</sup> As propriedades universais das transições são: a consciencialização, o envolvimento/ajustamento, a mudança e diferença, o espaço de tempo ou período da transição e os eventos críticos.

<sup>34</sup> Os padrões de resposta à transição dividem-se em indicadores de processo e de resultado.

<sup>35</sup> Os indicadores de processo englobam: sentimentos de ligação/sentir-se ligado; interação; desenvolver confiança e adaptação/coping; localizar e estar situado.

<sup>36</sup> Os indicadores de resultado, são: mestria/domínio e identidade integrada/integração fluida.

valorização da funcionalidade e por promover uma sociedade inclusiva, na qual a pessoa com deficiência deverá ser vista como cidadão de plenos direitos (Ordem dos Enfermeiros, 2009). O Regulamento dos Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER), define que o EEER intervém, através de técnicas específicas de reabilitação, na educação dos clientes e pessoas significativas, “nomeadamente na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração do cliente no seio da comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.4). Segundo Hoeman (2011, p. 190),

(...)a enfermeira de reabilitação tem um papel vital na identificação das necessidades do doente, da família e da comunidade, no desenvolvimento de métodos para aceder aos serviços e no planeamento de uma avaliação contínua na comunidade (...) estas estratégias vão facilitar o sucesso da reintegração e prevenir o reinternamento.

A readaptação da pessoa com LM à sua nova condição depende da maneira como essa pessoa encara a sua nova vida, mas também depende do sucesso da reabilitação que deve ser conduzida por uma equipa multidisciplinar, de forma a recuperar a independência funcional possível, tendo em conta a situação clínica, reinserindo-a o mais rapidamente na comunidade, com qualidade de vida (Silva et al., 2012). Para as pessoas com LM, a reintegração é uma questão-chave em todo o processo de reabilitação, porque na maioria dos casos as pessoas eram saudáveis e ativamente integrados na vida social (Sekaran et al., 2010). Segundo Franceschini et al. (2012), os programas de reabilitação devem ir além da abordagem focada em atividades internas e deveriam fazer a ponte para a terapia ocupacional e para a reintegração social.

Desta forma, o **regresso a casa** é encarado como uma transição que coloca a pessoa com LM e família numa situação de vulnerabilidade<sup>37</sup> especial, pelo que a intervenção do EEER é crucial para a sua resolução saudável. Para Hoeman (2011, p. 190), “são muitos os desafios que se colocam a profissionais, famílias e doentes ao planear a transição de um serviço de Reabilitação de agudos para a comunidade”.

---

<sup>37</sup> Meleis interliga os conceitos de Transição e Vulnerabilidade, e define vulnerabilidade como uma predisposição individual que é revelada pelas respostas da pessoa à transição (Meleis, 2010). Vulnerabilidade está associada a transições, interações, e condições ambientais que expõem a pessoa a danos reais e/ou potenciais (Im, 2010).

Segundo Henriques (2004), para além da intervenção do EEER, a participação da família no processo de reabilitação da pessoa com LM, é decisiva para o seu sucesso. Este mesmo autor refere que “é unanimemente reconhecido...a importância do apoio familiar no processo de adaptação à deficiência” (Henriques, 2004, p. 137). Para Hoeman (2011), a cooperação e o envolvimento da família é crucial, pelo que o EEER deverá considerar a família como cliente e não apenas como contexto da pessoa com LM. Segundo Simpson, & Jones (2012), a família da pessoa com LM experimenta sentimentos como sofrimento psíquico, depressão, ansiedade, desorganização no funcionamento familiar, dificuldades instrumentais (por exemplo, redução renda, perda de emprego) e diminuição da qualidade de vida. Neste contexto, fornecer apoio emocional ao **cuidador familiar**, ouvir atentamente as suas narrativas e investir na educação da família são intervenções essenciais para o EEER, na prestação de cuidados centrada na pessoa e na família, de forma a aumentar os seus níveis de resiliência, estando estes correlacionados com o aumento dos níveis de afeto positivo e com a capacidade para a prestação de cuidados (Ide-Okochi et al., 2013b; Scovil et al., 2012; Simpson & Jones, 2012). Segundo Hoeman (2011, p. 190), “um ensino extensivo ao doente e ao cuidador e a coordenação e garantia dos recursos e serviços da comunidade antes da alta da instituição vai contribuir para uma reintegração com sucesso”.

### 3.4- Plano de Trabalho e Métodos

A fase inicial deste projeto compreendeu uma pesquisa da melhor evidência disponível. Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER) (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.5), “a prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação incorpora os resultados de investigação, as orientações de boas práticas de cuidados de enfermagem de reabilitação baseados na evidência”. Neste contexto, foi realizada uma pesquisa na base de dados EBSCO, nomeadamente nas bases Cinahl e Medline, com os descritores “Spinal Cord Injury”, “Rehabilitation Nurse”, “Rehabilitation”, “Community” e “family”. Os critérios de exclusão aplicados foram os seguintes: artigos anteriores a 2010, artigos sem *fulltext* e artigos em que após a leitura do *Abstract* não respondessem ao problema geral formulado. Foram selecionados 11 artigos.

A pesquisa incidiu ainda em Teses de Mestrado e Doutorado, datadas dos últimos 5 anos, em que foram utilizados os termos “Enfermagem de Reabilitação”, “Regresso ao Domicílio”, “Transição”, “Lesão Medular” e “Família/Cuidador”, tendo sido dado um maior ênfase a teses de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Foram selecionados 3 Teses de Mestrado e 1 Tese de Doutorado. Na biblioteca da ESEL foram ainda consultados livros, periódicos, Teses e artigos, tendo sido utilizada a mesma estratégia de pesquisa. Por último, os apontamentos e os diapositivos apresentados nas Unidades Curriculares de Reabilitação II e Reabilitação III forneceram subsídios importantes para a clarificação e articulação de conceitos.

O planeamento da elaboração deste Projeto integrou também as visitas aos locais onde serão realizados os dois períodos de Ensino Clínico. As visitas foram realizadas nos dias 21 de Maio ao CMRA e no dia 3 de Junho à UCI Cacém *Care*. As entrevistas realizadas nestas visitas encontram-se no Apêndice III.

Ao longo deste percurso, foram cruciais as sessões de orientação com o Professor Joaquim Paulo Oliveira (Docente orientador) na planificação deste trabalho.

#### 3.4.1- Problema Geral e Problemas Parcelares

Em conformidade com o tema escolhido, o problema geral é “Quais as competências que o EEER integra no seu campo de atuação e que poderão promover a resolução saudável da Transição da Pessoa com LM no regresso a casa”.

Os Problemas Parcelares que emergem são:

1-Como identificar o campo de atuação do EEER ao integrar as equipas de cuidados nos locais de estágio?

2-Que estratégias e atividades deverão ser utilizadas para ampliar os conhecimentos técnicos e científicos na área da prestação de cuidados à pessoa com LM que possam servir de base a uma prática de qualidade baseada na evidência?

- 3-Como pode ser desenvolvida uma relação profissional e terapêutica com a pessoa com LM que favoreça uma correta avaliação das limitações e uma boa adesão aos planos de intervenção?
- 4-Como colaborar na concepção e implementação de programas de intervenções no domínio da enfermagem de reabilitação?
- 5-De que forma poderão ser desenvolvidas, avaliadas e reformuladas as intervenções de enfermagem de treino motor e respiratório que visem melhorar as funções residuais, prevenir complicações e incapacidades?
- 6-Como monitorizar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com LVM, de forma a reduzir o risco de alteração da funcionalidade?
- 7-Quais os ganhos em saúde, a nível individual, familiar e social, resultantes das intervenções do EEER?
- 8-Quais os recursos da comunidade que poderão facilitar a inclusão social da pessoa com LM?
- 9-Que programa de intervenções poderá ser desenvolvido em conjunto com a pessoa com LM e Família/Cuidador para implementar no domicílio?

#### 3.4.2- Objetivo geral e Objetivos específicos

Perante o problema geral e problemas parcelares identificados foram definidos os seguintes objetivos:

- Objetivo Geral: Desenvolver competências no campo de intervenção definido para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na Transição do regresso a casa da Pessoa com LM.
- Objetivos Específicos:
  - 1- Ampliar os conhecimentos técnicos e científicos na área da prestação de cuidados à pessoa com LM que sirvam de base a uma prática de qualidade baseada na evidência;
  - 2-Integrar as equipas de cuidados nos locais de Ensino Clínico de forma a identificar o campo de atuação do EEER;
  - 3-Desenvolver uma relação profissional e terapêutica com a pessoa com LM que favoreça uma correta avaliação das limitações e uma boa adesão aos planos de intervenção;

- 4-Colaborar na conceção e implementação de programas de intervenções no domínio da enfermagem de reabilitação;
- 5-Desenvolver, avaliar e reformular, se necessário, intervenções de enfermagem de treino motor e respiratório que visam melhorar as funções residuais, prevenir complicações e incapacidades;
- 6-Monitorizar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com LM, de forma a reduzir o risco de alteração da funcionalidade;
- 7-Avaliar as intervenções de enfermagem que possam ser traduzidas em ganhos em saúde, a nível individual, familiar e social;
- 8-Conhecer os recursos da comunidade que poderão facilitar a inclusão social da pessoa com LM;
- 9-Desenvolver um programa de intervenções em conjunto com a pessoa com LM e família/cuidador para implementar no domicílio.

### 3.4.3- Fundamentação da escolha dos locais de Estágio

O CMRA é uma Instituição vocacionada para a reabilitação de pessoas portadoras de deficiência física, seja esta congénita ou adquirida, de qualquer idade, provenientes de todo o País e de países estrangeiros. É reconhecido como um centro de referência em Medicina Física e de Reabilitação e dispõe de profissionais de elevada diferenciação científica e técnica, organizados em equipas multidisciplinares, em áreas como: Enfermagem de Reabilitação, Fisioterapia e Hidroterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Psicologia, Serviço Social e Animação Cultural e Recreativa, entre outras, assegurando o tratamento individualizado de cada utente. A sua filosofia de cuidados está focada na promoção dos direitos da pessoa com deficiência à cidadania e à integração social e profissional na sociedade. Desta forma, considero ser um local de excelência para o desenvolvimento das competências definidas para o EEER, assim como, para a operacionalização de um projeto dedicado a esta temática.

O ACES de Sintra compreende a UCC Cacém *Care* que operacionaliza uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), a qual, por sua vez, desenvolve a sua ação no âmbito do Programa de Cuidados Continuados Integrados, na perspectiva do definido no Dec. Lei nº 101/2006 de 6 de Junho



(ACES Sintra, 2013). A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados combina os cuidados de saúde com o apoio social, e assenta em três princípios fundamentais, sendo eles a reabilitação, a readaptação e a reintegração social. A população alvo da UCC Cacém *Care*, são todas as pessoas em situação de perda de autonomia, portadoras de diversos tipos e níveis de dependência, que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social, na área de abrangência do Centro de Saúde Cacém (ACES Sintra, 2013). Neste cenário, julgo ser um local de Ensino Clínico muito pertinente, porque poderei visualizar de perto as necessidades da pessoa dependente no autocuidado que é transferida para o seu domicílio, assim como da família/cuidador, e desta forma ajuizar devidamente as limitações, as dúvidas e receios assim como as barreiras arquitetónicas e os obstáculos que são colocadas diariamente diante da pessoa com LM ou outra situação de deficiência.

#### 3.4.4- Descrição das Atividades

O planeamento das atividades visou o desenvolvimento das Competências deliberadas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) e para o EEER (2010b) e a concretização dos objetivos definidos para este projeto. Esta informação poderá ser acedida no apêndice I. A delimitação temporal destas mesmas atividades poderá ser consultada no cronograma disponível no apêndice II.

Considera-se como pressuposto que todas as atividades previstas têm subjacente o desenvolvimento de uma prática profissional assente no respeito pelos princípios éticos fundamentais, pelo Código Deontológico e pelas preferências do utente/família/cuidadores. Desta forma, a competência comum definida para o Enfermeiro Especialista no domínio: A - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL, é transversal a todas as atividades planeadas neste projeto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração de um projeto pressupõe planejar antecipadamente o que vai ser realizado no futuro, pelo que, tem subjacente perspetivar factos que ainda não ocorreram. Este Projeto de Formação tem por objetivo o desenvolvimento de competências definidas para o EEER, pelo que delinea e calendariza uma série de ações, atividades e estratégias que serão traduzidas em saberes técnicos, científicos e humanos.

A enfermagem de reabilitação necessita de conhecimentos sustentados por uma prática baseada na evidência. O EEER incorpora as competências humanas, técnicas e científicas necessárias à prestação de cuidados de enfermagem especializados a doentes com deficiência e/ou incapacidade. Desta forma, muitos autores descrevem o EEER, inserido numa equipa multidisciplinar, como elemento crucial na reabilitação da pessoa com LM (Boldt et al, 2012; Pereira, 2011; Ljungberg, Kroll, Libin, & Gordon, 2011; Hoeman, 2011, Henriques, 2004). A pessoa com LM passa por vários processos de Transição, sendo o Regresso ao domicílio uma das transições que se adivinha rodeada de medos, receios e dúvidas quer para a pessoa quer para a família. Segundo Pereira (2011) o sucesso da transição do regresso a casa depende do desenvolvimento de uma relação efetiva entre os atores, sendo estes a pessoa dependente no autocuidado, o familiar prestador de cuidados e o enfermeiro. A relevância da intervenção do EEER no regresso a casa é, portanto, consensual, sendo esta relevância um bom preditor do sucesso da operacionalização deste projeto.

No entanto, esperam-se alguns constrangimentos relacionados com a minha inexperiência no desempenho das funções nos locais de estágio e na aplicação de projetos desta natureza. Prevêem-se ainda dificuldades relacionadas com a exigência da carga horária a cumprir durante os períodos de Ensino Clínico. As estratégias planeadas perante as contingências mencionadas são a utilização dos conhecimentos teóricos e práticos desenvolvidos durante o primeiro e segundo semestre deste curso, a diligência em conciliar os horários com os EEER orientadores nos locais de estágio e as orientações imprescindíveis destes e do Professor Orientador deste projeto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Sintra. (2013). *Documento em Word*.(2014-06-04). Plano de Acção 2014 / 2016: Unidade de Cuidados na Comunidade Cacém Care. Acessível na UCC Cacém Care, Cacém, Portugal.
- Almeida, C., Ferreira, A. & Faria, F. (2011). Lesões medulares não traumáticas – Caracterização da população de um Centro de Reabilitação. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 20 (1), 34-37.
- Apparelyzed (2013). *Spinal cord injury awareness*. Acedido a 07-05-2014. Disponível em: <http://www.apparelyzed.com/spinal-cord-injury-awareness-days.html>
- Boldt, C. Velstra, I., Brach, M., Linseisen, E. & Cieza, A. (2012). Nurses' intervention goal categories for persons with spinal cord injury based on the International Classification of Functioning, Disability and Health: an international Delphi survey. *Journal of Advanced Nursing*, 1109-1124.
- Botelho, J. (1994). A pedagogia do projecto. *Enfermagem em foco*, 4(14), p. 5-37.
- Franceschini, M., Pagliacci, M. C., Russo, T., Felzani, G., Aito, S. & Marini, C. (2012). Occurrence and predictors of employment after traumatic spinal cord injury: the GISEM Study. *Spinal Cord*, (50), 238 – 242. DOI:10.1038/sc.2011.131.
- Henriques, F. (2004). *Paraplegia: Percursos de adaptação e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S.P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados*. Loures: Lusodidacta.
- Ide-Okochi, A., Tadaka, E. & Fujimura, K. (2013a). The meaning of self-care in persons with cervical spinal cord injury in Japan: a qualitative study. *BMC Neurology*, 13 (115), 1-10.

- Ide-Okochi, A., Yamazaki, Y., Tadaka, E., Fujimura, K. & Kusunaga, T. (2013b). Illness experience of adults with cervical spinal cord injury in Japan: a qualitative Investigation. *BMC Public Health*, 13 (69), 1-10.
- Im, E. (2010). *Afaf Ibrahim Meleis: Transition Theory*. Acedido 13 de Janeiro de 2014. Disponível em <https://www.us.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780323056410/Chapter%2020.pdf>
- Kreuter, M., Taft, C., Siösteen, A. & Biering-Sørensen, F. (2011). Women's sexual functioning and sex life after spinal cord injury. *Spinal Cord*, 49, 154–160. DOI:10.1038/sc.2010.51.
- Ljungberg, I., Kroll, T., Libin, A. & Gordon, S. (2011). Using peer mentoring for people with spinal cord injury to enhance self-efficacy beliefs and prevent medical complications. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 351–358. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03432.x.
- Lundy-Ekman, L. (2008). *Neurociência: Fundamentos para a Reabilitação* (3ª ed.). Brasil: Elsevier Editora Ltda.
- Meleis, A. (Ed.) (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Neves, S. M. (2013). *Reintegração comunitária da Pessoa com Hemiplegia e sua família: quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação?* Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Relatório de Estágio para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.
- Oliveira, R. A. (2001). *Psicologia clínica e reabilitação física*. Lisboa: ISPA.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico – Anotações e Comentários*, Lisboa: Grafinter.

- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de Boa Prática de cuidados de enfermagem à Pessoa com traumatismo Vértebro-medular*. Ordem dos Enfermeiros – Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação – Mandato de 2004 / 2007. Acedido a 10-03-2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoequiavertebro.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 02-01-2014. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 02-01-2014. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 04-03-2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de boas práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Cadernos OE, série 1, número 7. Acedido a 05-05-2014. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP\\_Mobilidade\\_VF\\_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf)
- Pereira, I. C. B. F. (2011). *Do hospital para casa: estrutura da ação de Enfermagem: Uma teoria de médio alcance*. Instituto de Ciências da Saúde- Universidade Católica de Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa.

- Pinto, E. M. E. M. (2011). *Independência funcional e Regresso ao Domicílio: Variável chave para a Enfermagem de Reabilitação*. Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu. Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Viseu.
- Portugal, S. (coord.). (2010). *Avaliação dos Custos Financeiros e Sociais da Deficiência*. Acedido em 21-05-2014. Disponível em [http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097\\_impactocustos%20\(2\).pdf](http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_impactocustos%20(2).pdf)
- Santa Casa. (2014). *Lesões Vertebro-medulares*. Acedido a 28-04-2014. Disponível em: [http://www.scml.pt/pt-PT/premios\\_santa\\_casa\\_neurociencias/areas\\_de\\_investigacao/lesoes\\_vertebro\\_medulares/informacao\\_geral/](http://www.scml.pt/pt-PT/premios_santa_casa_neurociencias/areas_de_investigacao/lesoes_vertebro_medulares/informacao_geral/)
- Scovil, S. Y., Ranabhat, M. K., Craighead, I. B. & Wee, J. (2012). Follow-up study of spinal cord injured patients after discharge from inpatient rehabilitation in Nepal in 2007. *Spinal Cord*, 50, 232–237. **DOI**:10.1038/sc.2011.119.
- Sekaran, P., Vijayakumari, F., Hariharan, R., Zachariah, K., Joseph, S. E. & Senthil Kumar, R. K. (2010). Community reintegration of spinal cord-injured patients in rural south India. *Spinal Cord*, 48, 628 – 632. **DOI**:10.1038/sc.2010.6.
- Silva, G. A., Schoeller, S. D., Gelbcke, F. L., Carvalho, Z. M. F. & Silva, E. M. J. P. (2012). Functional assessment of people with spinal cord injury: Use of the functional independence measure – FIM. *Text Context Nursing*, 21(4), 929-936.
- Simpson, G. & Jones, K. (2012). How important is resilience among family members supporting relatives with traumatic brain injury or spinal cord injury? *Clinical Rehabilitation*, 27(4), 367–377. **DOI**: 10.1177/0269215512457961.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde, Departamento dos recursos humanos da saúde, Centro de formação e aperfeiçoamento profissional. Lisboa: Cadernos de formação Nº 2.

The National Spinal Cord Injury Statistical Center. (2013). *Facts and Figures at a Glance* 2013. University of Alabama:Birmingham. Acedido a 23-04-2014.

Disponível em:

[https://www.nscisc.uab.edu/PublicDocuments/fact\\_figures\\_docs/Facts%202013.pdf](https://www.nscisc.uab.edu/PublicDocuments/fact_figures_docs/Facts%202013.pdf)

Van Den Berg, M. E. L., Castellote, J. M., Mahillo-Fernandez, I. & Pedro-Cuesta, C. J. (2010). Incidence of Spinal Cord Injury Worldwide: A Systematic Review. *Neuroepidemiology*, 34, 184–192. **DOI:** 10.1159/000279335.

Varanda, E. M. G. (2009). *Relação Enfermeiro/Doente na Prática de Cuidados à Pessoa Hospitalizada com Traumatismo Vértebro-Medular*. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa.

WHO & ISCOS. (2013). *International Perspectives on Spinal Cord Injury*. Acedido em 14-05-2014, consultado em

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94190/1/9789241564663\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94190/1/9789241564663_eng.pdf)





## **APÊNDICES**



## **Apêndice I - Planeamento de atividades**



Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Indicadores
<p><b>B - MELHORIA DA QUALIDADE</b></p> <p><b>B1.</b> Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p><b>B1.2.</b> Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática</p> <p><b>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</b></p> <p><b>B2.1.</b> Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado</p> <p><b>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</b></p> <p><b>D2.2.</b> Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade</p> <p>(Ordem dos Enfermeiros, 2010a)</p>	<p>1- Ampliar os conhecimentos técnicos e científicos na área da prestação de cuidados à pessoa com LM que sirvam de base a uma prática de qualidade baseada na evidência</p>	<p>1.1- Consulta de bibliografia pertinente: livros, artigos em revistas, trabalhos académicos, etc.;</p> <p>1.2- Pesquisa bibliográfica na base de dados EBSCO (<i>Medline, Cinahl</i>);</p> <p>1.3- Desenvolvimento de conhecimentos teóricos, técnicos e científicos em mecânica ventilatória, estudos da função respiratória e outros meios complementares de diagnóstico e avaliação (Rx tórax, gasimetria arterial, auscultação, etc.);</p> <p>1.4- Desenvolvimento de conhecimentos sobre as principais alterações respiratórias presentes na pessoa com LM (comprometimento dos músculos respiratórios, acumulação de secreções, tosse ineficaz, diminuição da ventilação pulmonar);</p> <p>1.5- Desenvolvimento de conhecimentos teóricos sobre as principais alterações sensoriomotoras presentes na pessoa com LM a nível das funções motora, sensorial, cognitiva, eliminação e sexualidade.</p>	<p>Biblio- -tecas da ESEL</p> <p>Domi cílio</p> <p>CMRA ECCI</p>	<p>1.1.1- Ter consultado bibliografia pertinente ao tema;</p> <p>1.2.1- Ter pesquisado na base de dados EBSCO;</p> <p>1.3.1- Ter desenvolvido conhecimentos teóricos em mecânica ventilatória, estudos da função respiratória e outros meios complementares de diagnóstico;</p> <p>1.4.1- Ter desenvolvido conhecimentos teóricos sobre as principais alterações respiratórias presentes na pessoa com LM;</p> <p>1.5.1- Ter desenvolvido conhecimentos teóricos sobre as principais alterações sensoriomotoras presentes na pessoa com LM.</p>
<p><b>Recursos Humanos e materiais</b></p>	<p>Professor Orientador da ESEL e Enfermeiras orientadoras do Ensino clínico; computador com acesso à internet; apontamentos e diapositivo acedidos nas Unidades Curriculares frequentadas no primeiro e segundo semestre; Livros, periódicos, artigos e trabalhos consultados;</p>			
<p><b>Critérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Reflete em como as atividades e estratégias utilizadas foram determinantes para atingir o objetivo;</li><li>- De que modo as atividades e estratégias planeadas e realizadas foram importantes no desenvolvimento de competências definidas para o campo de intervenção do EEER, nomeadamente, nos parâmetros da melhoria da qualidade, da prática baseada no conhecimento suportado na clínica e na investigação e para o desenvolvimento de conhecimentos científicos e técnicos que visam melhorar as funções motora, respiratória, sensorial, cognitiva, eliminação e sexualidade na pessoa com LM, de forma a prevenir complicações e incapacidades.</li></ul>				

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Indicadores
<b>C - GESTÃO DOS CUIDADOS</b> <b>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</b> <b>C1.1.</b> Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)	<b>2-Integrar as equipas de cuidados nos locais de Ensino Clínico de forma a identificar o campo de atuação do EEER</b>	2.1- Reunião formal com a Enfermeira Supervisora do CMRA para apresentação da dinâmica geral do Centro de Reabilitação;	<b>CMRA</b>	2.1.1- Ter efetuado pelo menos uma reunião com a Enfermeira Supervisora do CMRA;
<b>J1 — CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS.</b> <b>J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</b> (Ordem dos Enfermeiros, 2010b)		2.2- Apresentação à enfermeira chefe e reunião informal com a EEER do serviço 1 de adultos, ala esquerda, no CMRA;	<b>CMRA</b>	2.2.1- Ter sido apresentada à enfermeira chefe e ter tido pelo menos uma reunião com a EEER do serviço 1 de adultos, ala esquerda, no CMRA, onde irá decorrer o Ensino Clínico;
		2.3- Reunião formal com as duas Enfermeiras especialistas em Reabilitação que fazem parte da equipa de ECCI da UCC Cacém Care;	<b>ECCI</b>	2.3.1- Ter tido pelo menos uma reunião com as enfermeiras especialistas em Reabilitação da ECCI da UCC Cacém Care;
		2.4- Conhecimento da dinâmica e funcionamento/organização do serviço/Unidade de Cuidados;	<b>CMRA ECCI</b>	2.4.1- Ter observado a dinâmica dos dois locais onde irá decorrer o Ensino Clínico;
		2.5- Apresentação à equipa multidisciplinar;	<b>CMRA ECCI</b>	2.5.1- Ter conhecido a maioria dos elementos que compõem a equipa multidisciplinar;
		2.6- Consulta de manuais e normas de serviço, regulamentos e protocolos da instituição;	<b>CMRA ECCI</b>	2.6.1- Ter consultado os manuais, protocolos e regulamentos do serviço/Unidade de cuidados/Instituição;
		2.7- Apresentação do projeto de formação à enfermeira orientadora e à equipa de enfermagem;	<b>CMRA ECCI</b>	2.7.1- Ter apresentado o projeto de formação às enfermeiras orientadoras do ensino clínico e à restante equipa de enfermagem;
		2.8- Acompanhamento da enfermeira orientadora na prestação de cuidados;	<b>CMRA ECCI</b>	2.8.1- Ter acompanhado a enfermeira orientadora na prestação de cuidados;
		2.9- Colaboração com o EEER orientador nas intervenções de enfermagem nas diversas situações de cuidados.	<b>CMRA ECCI</b>	2.9.1- Ter colaborado com o EEER orientador nas intervenções de enfermagem nas várias situações de cuidados.
		<b>Recursos Humanos e materiais</b>	Professor Orientador da ESEL e Enfermeiras Orientadoras do Ensino clínico, Equipa multidisciplinar, Pessoa/família/cuidadores, documentos e protocolos dos serviços, guião de entrevista.	
<b>Critérios de Avaliação:</b>				
<div>- Reflete em como as atividades planeadas e realizadas foram essenciais para a sua integração na equipa multidisciplinar;</div> <div>- Em que medida as atividades e estratégias utilizadas foram necessárias ao desenvolvimento das competências definidas para o EEER no domínio da gestão de cuidados e na identificação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação a pessoa e família/cuidadores no seu processo de Transição saúde/doença.</div>				

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Indicadores
<b>D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS</b> <b>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</b> (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)  <b>J1 — CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS.</b> <b>J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</b> <b>J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto - cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade</b> (Ordem dos Enfermeiros, 2010b)	<b>3-Desenvolver uma relação profissional e terapêutica com a pessoa com LM que favoreça uma correta avaliação das limitações e uma boa adesão aos planos de intervenção</b>	<p>3.1- Desenvolvimento de competências relacionais na abordagem da pessoa com LM e família/cuidadores;</p> <p>3.2- Avaliação com a pessoa e família sobre a transição saúde/doença na sua vida;</p> <p>3.3- Envolvimento da família/cuidador como parte integrante e ativa no processo de reabilitação;</p> <p>3.4- Realização de pelo menos duas reflexões escritas por período de Ensino Clínico para favorecer o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>3.5- Discussão com a enfermeira orientadora sobre questões quotidianas da prática que se mostrem relevantes para a minha aprendizagem;</p> <p>3.6- Análise semanal em conjunto com a EEER orientadora sobre o desenvolvimento das competências teóricas e práticas de enfermagem de reabilitação, tendo em vista a sua constante melhoria e aperfeiçoamento.</p>	<b>CMRA ECCI</b>  <b>CMRA ECCI</b>  <b>CMRA ECCI</b>  <b>CMRA ECCI</b>  <b>CMRA ECCI</b>	<p>3.1.1- Ter desenvolvido competências no estabelecimento de uma relação terapêutica e profissional com a pessoa com LM, família/cuidadores;</p> <p>3.2.1- Ter avaliado o desenvolvimento do processo de transição saúde/doença da pessoa e família/cuidador;</p> <p>3.3.1- Ter envolvido a família/cuidador como parte integrante no processo de reabilitação;</p> <p>3.4.1- Ter realizado pelo menos duas reflexões escritas por período de Ensino clínico de forma a favorecer o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>3.5.1- Ter tido, pelo menos uma vez por semana, espaços de discussão e reflexão com a enfermeira orientadora sobre situações de cuidados mais relevantes para a minha aprendizagem;</p> <p>3.6.1- Ter analisado semanalmente o desenvolvimento das competências teóricas e práticas de enfermagem de reabilitação com vista à sua melhoria e aperfeiçoamento.</p>
<b>Recursos Humanos e Materiais</b>	Professor Orientador da ESEL e Enfermeiras Orientadoras do Ensino clínico, Equipa multidisciplinar, Pessoa/família/cuidadores.			
<b>Críticos de Avaliação:</b> Reflete em como as atividades planeadas e realizadas foram vitais para atingir o objetivo; - De que modo as atividades e estratégias foram indispensáveis para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, do autoconhecimento e assertividade com o objetivo de capacitar a pessoa com LM para a reinserção social e exercício da cidadania, por maximizar a autonomia e promover a mobilidade e a participação social.				

Domínios e Competências	Objetivo específico	Atividades	Local	Indicadores
<p><b>B1.Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</b></p> <p><b>B1.1.</b> Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade</p> <p><b>C - GESTÃO DOS CUIDADOS</b></p> <p><b>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</b></p> <p>C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)</p> <p><b>J1 — CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS.</b></p> <p><b>J1.2.</b>Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto -cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010b)</p>	<p>4-1- Identificação diária, planeamento e avaliação das necessidades de intervenções específicas em enfermagem de reabilitação;</p> <p>4.2- Elaboração de um plano de cuidados globais/ reabilitação adaptado à pessoa com alterações sensoriomotores;</p> <p>4.3- Participação em dar continuidade de projetos e programas de prestação de cuidados (ex. avaliação do risco de quedas e úlceras de pressão);</p> <p>4.4- Transmissão da informação acerca da evolução clínica da pessoa, e necessidade de cuidados;</p> <p>4.5- Compreensão das funções dos diversos elementos da equipa multidisciplinar;</p> <p>4.6- Colaboração com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa com necessidades de cuidados de reabilitação.</p>	<p>CMRA ECCI</p> <p>CMRA ECCI</p> <p>CMRA ECCI</p> <p>CMRA ECCI</p> <p>CMRA ECCI</p> <p>CMRA ECCI</p>	<p>4.1.1- Ter identificado, planeado e avaliado as necessidades de intervenção do EEER, em conjunto com o enfermeiro orientador;</p> <p>4.2.1- Ter elaborado pelo menos 4 planos de cuidados globais e de reabilitação, adaptados à pessoa com alterações sensoriomotoras;</p> <p>4.3.1- Ter participado na continuidade de projetos e programas de prestação de cuidados do serviço/Unidade de Cuidados;</p> <p>4.4.1- Ter transmitido dados importantes sobre a evolução clínica e necessidades de cuidados de reabilitação, de forma oral e escrita;</p> <p>4.5.1- Ter compreendido as funções dos vários elementos da equipa multidisciplinar, relevando a função do EEER;</p> <p>4.6.1- Ter colaborado com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa com necessidades de reabilitação.</p>	
<b>Recursos Humanos e Materiais</b>	Professor Orientador da ESEL e Enfermeiras Orientadoras do Ensino clínico, Equipa multidisciplinar, Pessoa/família/cuidadores.			
<p><b>Crítérios de Avaliação:</b> - Reflete em como as atividades planeadas e realizadas foram essenciais para conceção e implementação de programas de intervenções no campo de ação da Enfermagem de Reabilitação;</p> <p>- Em que medida as atividades e estratégias utilizadas foram necessárias para o desenvolvimento de competências definidas para o EEER no domínio do suporte a iniciativas estratégicas institucionais e da gestão de cuidados que otimizam a resposta da equipa de enfermagem nos cuidados prestados à pessoa/família/cuidador, com necessidades especiais.</p>				



Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Indicadores
<b>B - MELHORIA DA QUALIDADE</b>  <b>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</b> B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática  <b>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</b> B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado B2.2. Planeia programas de melhoria contínua  <b>D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS</b>  <b>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</b> D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade  (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)	<p><b>5- Desenvolver, avaliar e reformular, se necessário, intervenções de enfermagem de treino motor e respiratório que visem melhorar as funções residuais, prevenir complicações e incapacidades.</b></p>	<p>5.1- Pesquisa bibliográfica sobre as principais alterações presentes na pessoa com LM em bases de dados (ex. EBSCO), nas bibliotecas da ESEL, nos apontamentos das Unidades Curriculares frequentadas no primeiro e segundo semestre, etc.;</p> <p>5.3- Demonstração de conhecimentos científicos e teóricos sobre as principais alterações sensoriomotoras presentes na pessoa com LM (funções motora, sensorial, cognitiva, eliminação e sexualidade) e sobre as principais alterações respiratórias (comprometimento dos músculos respiratórios, acumulação de secreções, tosse ineficaz, diminuição da ventilação pulmonar) e sobre alguns meios complementares de diagnóstico;</p> <p>5.2- Realização de técnicas na Reeducação Funcional Respiratória: respiração diafragmática e costal, manobras acessórias (percussão, vibração e compressão), drenagem postural e dispositivos auxiliares (espirómetro de incentivo), com a supervisão da EEER orientadora;</p> <p>5.4- Realização de técnicas para maximizar o desempenho motor da pessoa com LM: mobilizações, posicionamentos, transferências, levante, plano inclinado, <i>standing frame</i>, marcha e utilização de produtos de apoio, sob a supervisão da EEER orientadora;</p>	<p>Bibliotecas da ESEL Domicílio</p> <p>CMRA ECCI</p> <p>CMRA ECCI</p> <p>CMRA ECCI</p>	<p>5.1.1- Ter realizado pesquisa bibliográfica sobre as principais alterações presentes na pessoa com LM;</p> <p>5.1.1- Ter demonstrado conhecimentos científicos e teóricos sobre as principais alterações sensoriomotoras e respiratórias presentes na pessoa com LM e sobre estudos da função respiratória e outros exames complementares de diagnóstico e avaliação;</p> <p>5.2.1- Ter realizado técnicas de respiração diafragmática e costal, manobras acessórias, drenagem postural, e dispositivos auxiliares, sob a orientação da EEER orientadora;</p> <p>5.4.1- Ter realizado técnicas de treino motor: mobilizações, posicionamentos, transferências, levante, plano inclinado, <i>standing frame</i>, marcha e utilização de produtos de apoio, com a supervisão da EEER orientadora;</p>

<p><b>J3 — MAXIMIZA A FUNCIONALIDADE DESENVOLVENDO AS CAPACIDADES DA PESSOA</b></p> <p><b>J3.1 —</b> Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório.</p> <p><b>J3.2 —</b> Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados</p> <p>(Ordem dos Enfermeiros, 2010b)</p>		<p>5.5- Realização da avaliação neurológica da pessoa com LM;</p> <p>5.6- Prestação de cuidados de enfermagem utilizando o Processo de Enfermagem como método científico de trabalho;</p> <p>5.7- Elaboração de um plano de cuidados globais/ reabilitação adaptado à pessoa com alterações sensoriomotores e/ou respiratórias;</p> <p>5.8- Justificação das intervenções, comunicação e discussão dos resultados com a equipa/EEER orientadora, pela apresentação dos planos de cuidados elaborados.</p>	<p><b>CMRA</b></p> <p><b>CMRA ECCI</b></p> <p><b>CMRA ECCI</b></p> <p><b>CMRA ECCI</b></p>	<p>5.5.1- Ter realizado a avaliação neurológica da pessoa com LM;</p> <p>5.6.1- Ter prestado cuidados de enfermagem utilizando o Processo de Enfermagem como método científico de trabalho;</p> <p>5.7.1- Ter elaborado pelo menos 4 planos de cuidados globais e de reabilitação adaptados à pessoa com alterações sensoriomotoras e/ou respiratórias;</p> <p>5.8.1- Ter justificado as intervenções, comunicado e discutidos os resultados com a equipa/EEER orientadora, pela apresentação dos planos de cuidados elaborados.</p>
<p><b>Recursos Humanos e materiais</b></p>	<p>Professor Orientador da ESEL e Enfermeiras orientadoras do Ensino clínico; Pessoa/família/cuidadores; Biblioteca da ESEL; apontamentos e diapositivos das aulas teórico-práticas das Unidades Curriculares do primeiro e segundo semestre.</p>			
<p><b>Crítérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflete em como as atividades e estratégias utilizadas foram determinantes para o desenvolvimento de conhecimentos científicos e técnicos que visam melhorar as funções motora, respiratória, sensorial, cognitiva, eliminação e sexualidade na pessoa com LM, de forma a prevenir complicações e incapacidades;</li> <li>- De que modo as atividades e estratégias planeadas e realizadas foram importantes no desenvolvimento de competências definidas para o campo de intervenção do EEER, nomeadamente, nos parâmetros da melhoria da qualidade, da prática baseada no conhecimento suportado na clínica e na investigação e do planeamento e execução de programas de treino motor e respiratório.</li> </ul>				



Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Indicadores
<p><b>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</b></p> <p><b>B2.1.</b> Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado</p> <p>(Ordem dos Enfermeiros, 2010a)</p> <p><b>J1 — CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS.</b></p> <p><b>J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</b></p> <p><b>J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas</b></p> <p>(Ordem dos Enfermeiros, 2010b)</p>	<p><b>7- Avaliar as intervenções de enfermagem que possam ser traduzidas em ganhos em saúde, a nível individual, familiar e social</b></p>	<p>7.1- Realização de uma colheita de dados adequada e utilização de escalas e instrumentos de medida (ASIA e MIF) para avaliar a capacidade funcional da pessoa com LM para realizar as AVD;</p> <p>7.2- Identificação dos fatores facilitadores e inibidores para a realização do autocuidado;</p> <p>7.3- Avaliação dos aspetos psicossociais e familiares que interferem nos processos adaptativos e de transição à deficiência, limitação da atividade e restrição na participação;</p> <p>7.4- Identificação das necessidades de intervenção para otimizar e ou reeducar a capacidade para o autocuidado;</p> <p>7.5- Utilização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem para avaliar ganhos em saúde a nível pessoal, familiar e social (capacitação para o autocuidado, independência funcional).</p>	<p><b>CMRA</b> <b>ECCI</b></p> <p><b>CMRA</b> <b>ECCI</b></p> <p><b>CMRA</b> <b>ECCI</b></p> <p><b>CMRA</b> <b>ECCI</b></p> <p><b>CMRA</b> <b>ECCI</b></p> <p><b>CMRA</b> <b>ECCI</b></p>	<p>7.1.1- Ter realizado uma colheita de dados adequada e ter utilizado corretamente os instrumentos de avaliação ASIA e MIF;</p> <p>7.2.1- Ter identificado alguns fatores facilitadores e inibidores para a realização do autocuidado;</p> <p>7.3.1- Ter avaliado os aspetos psicossociais e familiares que estão a interferir nos processos adaptativos e na transição à deficiência, limitação de atividade e restrição na participação;</p> <p>7.4.1- Ter identificado as necessidades de intervenção para otimizar a capacitação para o autocuidado;</p> <p>7.5.1- Ter avaliado ganhos em saúde a nível pessoal, familiar e social recorrendo a indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, tais como a capacitação para o autocuidado e a independência funcional.</p>
<b>Recursos humanos e materiais</b>	Professor Orientador da ESEL e Enfermeiras Orientadoras do Ensino clínico, Equipa multidisciplinar, Pessoa/família/cuidadores; escalas ASIA e MIF em suporte eletrónico ou papel.			
<b>Critérios de Avaliação:</b>				
<ul style="list-style-type: none"><li>- Reflete nas atividades e estratégias utilizadas e na sua importância para atingir os objetivos;</li><li>- De que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais na avaliação das intervenções de enfermagem, traduzidas em ganhos de saúde a nível individual, familiar e social.</li></ul>				

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Indicadores
<p><b>J2 — CAPACITA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LIMITAÇÃO DA ATIVIDADE E OU RESTRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PARA A REINserÇÃO E EXERCÍCIO DA CIDADANIA</b></p> <p><b>J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</b></p> <p><b>J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</b></p> <p>(Ordem dos Enfermeiros, 2010b)</p>	<p><b>8- Conhecer alguns recursos da comunidade que poderão facilitar a inclusão social da pessoa com LM</b></p>	<p>8.1- - Pesquisa sobre legislação e normas técnicas, promotoras de integração e participação cívica;</p> <p>8.2- - Pesquisa sobre legislação no que diz respeito a Produtos de apoio (antigas ajudas técnicas), listas homologadas, custos e financiamento e entidades prescritoras;</p> <p>8.3- Ensino e treino de alguns produtos de apoio com a pessoa com LM e família/cuidador, sob a supervisão da EEER orientadora;</p> <p>8.4- Conhecimento sobre recursos sociais da comunidade, nomeadamente redes de apoio familiares e sociais;</p> <p>8.5- Identificação de barreiras arquitetónicas em conjunto com a pessoa com LM e família/cuidador e orientação para a eliminação das mesmas.</p>	<p>Bibliotecas da ESEL</p> <p>Domicílio</p> <p>Documentação nos locais do Ensino Clínico</p> <p>CMRA ECCI</p> <p>CMRA ECCI</p> <p>CMRA ECCI</p>	<p>8.1.1- - Ter pesquisado sobre legislação e normas técnicas promotoras de integração e participação cívica;</p> <p>8.2.1- Ter pesquisado sobre produtos de apoio, listas homologadas, custos e financiamento e entidades prescritoras;</p> <p>8.3.1- Ter ensinado e treinado alguns produtos de apoio com a pessoa com LM e família/cuidador, sob a supervisão da EEER orientadora;</p> <p>8.4.1- Ter conhecimento sobre alguns recursos sociais na comunidade;</p> <p>8.5.1- Ter identificado barreiras arquitetónicas e orientado para a eliminação das mesmas.</p>
<b>Recursos Humanos e materiais</b>	Orientador da ESEL e Enfermeiras Orientadoras do Ensino clínico, Equipa multidisciplinar, Pessoa/família/cuidadores, legislação, produtos de apoio.			
<b>Crítérios de Avaliação:</b>	<p>- Reflete em como as atividades planeadas e realizadas foram vitais para atingir o objetivo;</p> <p>- De que modo as atividades e estratégias foram indispensáveis para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais com o objetivo de capacitar a pessoa com LM para a reinserção social e exercício da cidadania, por maximizar a autonomia e promover a mobilidade e a participação social.</p>			



Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades	Local	Indicadores
<p><b>D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS</b></p> <p><b>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</b></p> <p>(Ordem dos Enfermeiros, 2010a)</p> <p><b>J1 — CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS.</b></p> <p><b>J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</b></p> <p><b>J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto -cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade</b></p> <p><b>J2 — CAPACITA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LIMITAÇÃO DA ATIVIDADE E OU RESTRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PARA A REINSERÇÃO E EXERCÍCIO DA CIDADANIA</b></p> <p><b>J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</b></p> <p><b>J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</b></p> <p>(Ordem dos Enfermeiros, 2010b)</p>	<p><b>9- Desenvolver um programa de intervenções em conjunto com a enfermeira orientadora, pessoa com LM e família/ cuidador para implementar no domicílio</b></p>	<p>9.1- Entrevista à pessoa com LM e família/cuidador de forma a identificar necessidades, preocupações e receios;</p> <p>9.2- Avaliação dos recursos pessoais, familiares e socioeconómicos;</p> <p>9.3- Orientação da pessoa com LM e da família/cuidador na integração dos cuidados e planeamento para a alta/transferência;</p> <p>9.4- Conhecimento sobre condições físicas e barreiras arquitetónicas no domicílio da pessoa com LM;</p> <p>9.5- Ensino e treino específico de AVD com utilização de produtos de apoio, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa;</p> <p>9.6- Ensino à pessoa com LM sobre técnicas de autocuidado;</p> <p>9.7- Articulação com Enfermeiro da comunidade.</p>	<p>CMRA ECCI</p> <p>CMRA ECCI</p> <p>CMRA ECCI</p> <p>CMRA ECCI</p> <p>CMRA Serviço de AVD</p> <p>CMRA</p>	<p>9.1.1- Ter realizado pelo menos uma entrevista à pessoa com LM e família/cuidador de forma a identificar necessidades, preocupações e receios;</p> <p>9.2.1- Ter avaliado alguns recursos pessoais, familiares e socioeconómicos;</p> <p>9.3.1- Ter orientado a pessoa, família/cuidador no planeamento para a alta;</p> <p>9.4.1- Ter conhecido algumas condições físicas e possíveis barreiras arquitetónicas no domicílio da pessoa com LM;</p> <p>9.5.6.1- Ter realizado programas de treino de AVD e técnicas de autocuidado à pessoa com LVM e à família/cuidadores;</p> <p>9.7.1- Ter articulado com o Enfermeiro da comunidade.</p>
<p><b>Recursos Humanos e materiais</b></p>	<p>Orientador da ESEL e Enfermeiras Orientadoras do Ensino clínico, Equipa multidisciplinar, Pessoa/família/cuidadores, produtos de apoio.</p>			
<p><b>Critérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Reflete em como as atividades planeadas e realizadas foram vitais para atingir o objetivo;</li><li>- De que modo as atividades e estratégias foram indispensáveis para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, do autoconhecimento e assertividade, com o objetivo de capacitar a pessoa com LM para a reinserção social e exercício da cidadania, por maximizar a autonomia e promover a mobilidade e a participação social.</li></ul>				

## **Apêndice II - Cronograma**





Ano		2014										2015														
Meses	Abril/ Julho	Setembro/ Outubro				Novembro				Dezembro		Janeiro			Fevereiro											
Locais		CMRA										ECCI														
Semanas		29	3	6	13	27	3	10	17	24	1	8	15	Pausa Letiva					5	12	19	26	2	9		
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
Objetivos Específicos																										

Objetivos Específicos



### **Apêndice III - Entrevistas realizadas nos locais de estágio**



## **Guião das entrevistas realizadas no CMRA, no dia 21 de Maio.**

### **Enfermeira Supervisora:**

**Pergunta:** Quantos enfermeiros com a especialidade de Reabilitação exercem funções nesta unidade de cuidados? Quantos enfermeiros generalistas?

**Resposta:** No CMRA exercem funções 56 enfermeiros especialistas, destes 53 são EEER, além de 44 enfermeiro generalistas.

**Pergunta:** Quais as funções que desempenham?

**Resposta:** Os enfermeiros no CMRA seguem o modelo de enfermagem de Nancy Roper e exercem funções com o método de trabalho de enfermeiro responsável. A instituição aplica um sistema de classificação de doentes que desde 1990 integra quadros específicos. Os EEER são distribuídos pelos turnos de manhã e tarde e prestam cuidados de enfermagem especializados em reabilitação. Os enfermeiros generalistas exercem funções nos turnos de manhã e noite e prestam cuidados de enfermagem gerais.

### **Enfermeira Especialista no serviço de adultos 1, ala esquerda:**

**Pergunta:** Há quanto tempo é especialista em reabilitação?

**Resposta:** Há 3 anos.

**Pergunta:** Quais as funções que desempenha como especialista? (Reabilitação motora/respiratória)?

**Resposta:** Ensino e treino de AVD (higiene, alimentação, vestir/despir, eliminação), mobilidade/treino de equilíbrio/*standing-frame*, avaliação de risco de quedas e úlceras de pressão, reeducação funcional respiratória.

**Pergunta:** Quais as intervenções realizadas pelo enfermeiro especialista à pessoa com LM?

**Resposta:** A pessoa com LM tem um internamento com a duração média de 70 dias, ao longo do qual o EEER intervém consoante a situação clínica da pessoa e o nível e a gravidade da lesão. A escala oficial de avaliação da pessoa com LM é a MIF. O plano de cuidados de enfermagem é estruturado segundo essa avaliação e a prescrição médica.

**Pergunta:** Quais os procedimentos perante a alta da pessoa com LM?

**Resposta.** A alta começa a ser preparada desde o dia da admissão com foco na independência funcional, na participação da família/cuidador e na articulação com o enfermeiro da comunidade.

**Guião da entrevista realizada com as EEER na UCC Cacém Care, ECCI, no dia 4 de Junho.**

**Questão:** Quantos enfermeiros com a especialidade de Reabilitação exercem funções na Equipa de Cuidados Continuados Integrados?

**Resposta:** Duas enfermeiras especialistas em Reabilitação, além de 4 enfermeiros gerais.

**Questão:** Quais as funções que desempenham?

**Resposta:** A ECCI tem 50 vagas para utentes que, após avaliação, apresentem os critérios previstos pela lei e sejam referenciados para esta Unidade. As duas enfermeiras especialistas em Reabilitação prestam cuidados de enfermagem especializados no domicílio a estes utentes. Os cuidados especializados incluem: mobilizações passivas, passivas-assistidas e ativas; treino de levantar; treino de marcha; posicionamentos e prevenção de úlceras de pressão; reeducação funcional respiratória.

**Pergunta:** Considera importante que enfermeiros com a especialidade de reabilitação trabalhem na comunidade, nomeadamente na ECCI?

**Resposta:** O envelhecimento da população portuguesa associado a uma maior esperança de vida e ao aumento do número de pessoas portadoras de doenças crónicas, leva a uma maior necessidade e procura de cuidados de enfermagem de reabilitação na comunidade. Outro fator associado à importância do EEER na comunidade está relacionado com a redução do número de dias de internamento hospitalar.

**Pergunta:** Há quanto tempo existem as ECCI?

**Resposta:** As ECCI foram criadas em 2006.

**Pergunta:** Quais as oportunidades de atuação que o enfermeiro especialista de reabilitação poderá ainda ter na comunidade?

**Resposta:** O EEER poderá intervir na comunidade na área dos cuidados paliativos e também na saúde escolar em programas de prevenção do tabagismo e outros, como por exemplo, a prevenção de lesões músculo-esqueléticas.

## **Apêndice 2-** Kit de avaliação dos pares cranianos





## **Conteúdo do Kit de Avaliação dos Pares Cranianos**

O Kit para avaliação dos pares cranianos foi organizado a pedido do EEER orientador do primeiro local de Ensino Clínico e teve por objetivo colmatar a ausência do material necessário para realizar esta avaliação, sempre que surgia a necessidade. Conforme mencionado, o serviço de reabilitação geral de adultos onde decorreu o estágio era uma dos antigos serviços de Lesões vértebro-medulares que nos últimos anos passou a integrar utentes com AVC, pelo que os recursos materiais existentes tinham maior aplicação na pessoa com LM.

Neste contexto organizou-se um Kit de avaliação dos pares cranianos com o objetivo de ser prático, facilmente portátil e que pudesse ser repostado após a utilização. O Kit compunha-se de uma caixa de material transparente e facilmente descontaminável de aproximadamente 30X25X15 cm, com uma pega e uma tampa que poderia ser total ou parcialmente aberta. No interior desta caixa encontravam-se 7 pequenas caixas, do mesmo material, e de cores distintas, além do guia de avaliação em formato A6. O material ficou distribuído da seguinte maneira:

**Caixa grande principal:** Cartão *Jaeger* e Guia de avaliação dos pares cranianos (documento na página seguinte).

**Caixa pequena nº1:** Foco de Luz, Monofilamento e Espátulas.

**Caixa pequena nº2:** Cheiros (3 pequenos recipientes) - café, tabaco e chocolate.

**Caixa pequena nº3:** Compressas.

**Caixa pequena nº4:** Algodão.

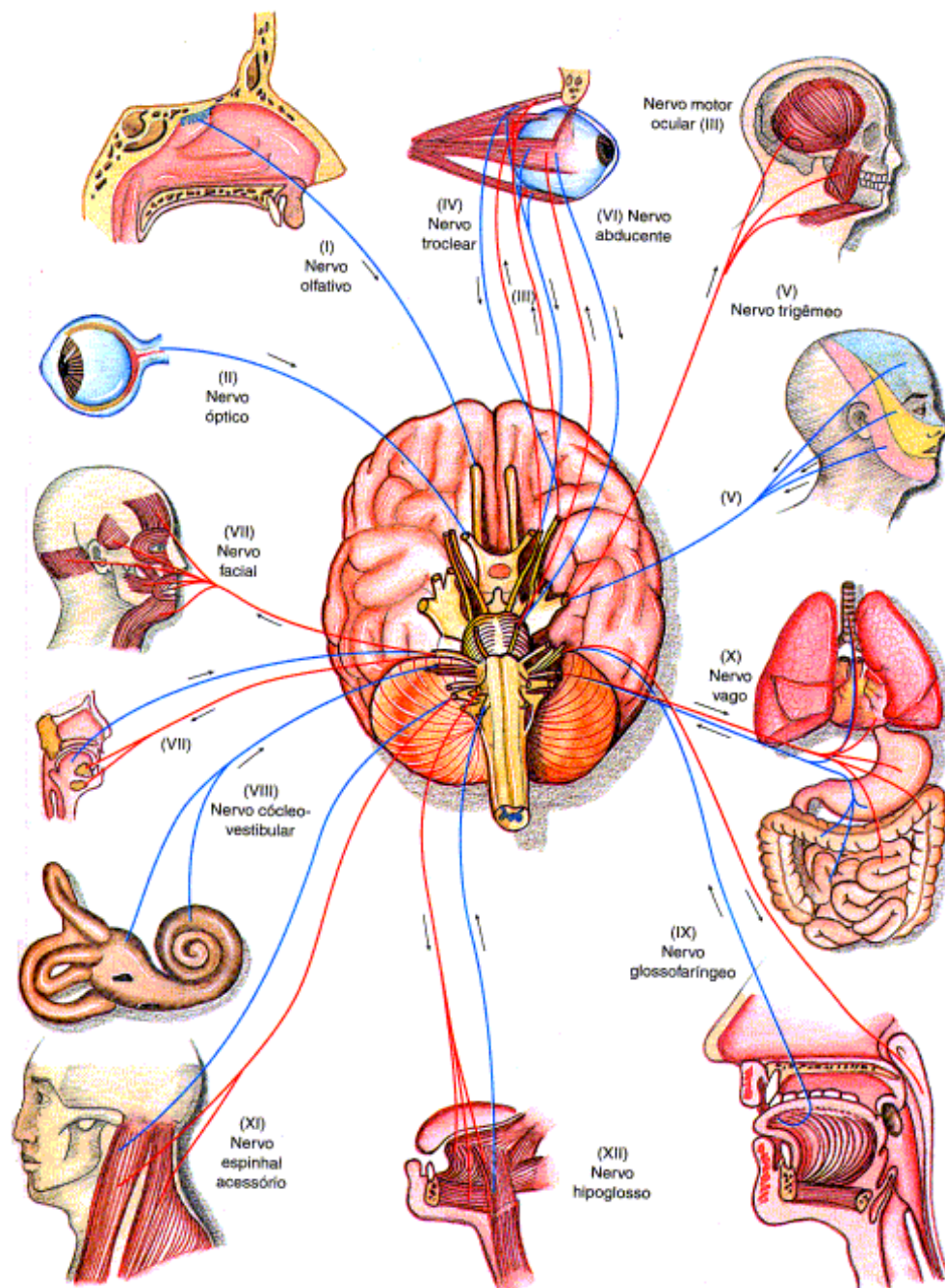
**Caixa pequena nº5:** Agulhas subcutâneas.

**Caixa pequena nº6:** Sabores (3 pequenos recipientes) - açúcar, sal e sumo de limão (o último não foi incluído).

**Caixa pequena nº7:** Cotonetes.



## GUIA DE AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS



Novembro, 2014

**Os 12 pares de nervos cranianos** designam-se, convencionalmente, em numeração romana (I a XII), do mais anterior para o mais posterior.

Podem ter uma ou mais das seguintes funções:

- **Sensoriais:** Sentidos especializados como a visão, o olfato e a audição.
  
- **Sensitivas:** Sentidos mais gerais como o tato e a dor.
  
- **Motoras:** Controlo dos músculos esqueléticos, através dos neurónios motores, incluindo a proprioceção.
  
- **Parassimpáticas:** Regulação das glândulas, músculos lisos das vísceras e músculo cardíaco.

## **PARES CRANIANOS**

**I – Nervo olfativo** - Olfato - Sensorial

**II – Nervo ótico** - Visão - Sensorial

**III – Nervo motor ocular comum** - Miose, elevação da pálpebra superior, adução e aproximação à linha média do olho - Motor

**IV – Nervo patético/troclear** - Motricidade do músculo oblíquo e rotação do olho - Motor

**V – Nervo trigémeo** - Movimentos mastigação (ramo motor), percepções sensoriais da face, seios da face e dentes (ramo sensitivo) - Misto

**VI – Nervo motor ocular externo/abducente** - Motricidade do músculo recto lateral e abdução do olho - Motor

**VII – Nervo facial** - Controlo dos músculos faciais: mímica facial (ramo motor) e percepção gustativa do terço anterior da língua (ramo sensorial) - Misto

**VIII – Nervo auditivo/vestíbulo-coclear** - Vestibular: orientação e movimento; Coclear: audição - Sensorial

**IX – Nervo glossofaríngeo** - Percepção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato - Misto

**X – Nervo vago/pneumogástrico** - Percepção sensorial da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras; enervação das vísceras torácicas e abdominais - Misto

**XI – Nervo espinhal/acessório** - Controlo motor da faringe, laringe, palato, músculos: esternocleidomastóideo e trapézio; rotação e inclinação da cabeça - Motor

**XII – Nervo hipoglosso** - Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição e articulação das palavras) – Motor

# AVALIAÇÃO

## I Olfativo

**Avaliação:** Pedir ao utente para fechar os olhos e fazer teste em cada narina individualmente. Usar cheiros do quotidiano (café, tabaco, baunilha) para serem identificados. Evitar cheiros agressivos (álcool, éter).

**Alterações:** Anosmia, hiposmia, hiperosmia, fantosmia, parosmia, cacosmia.

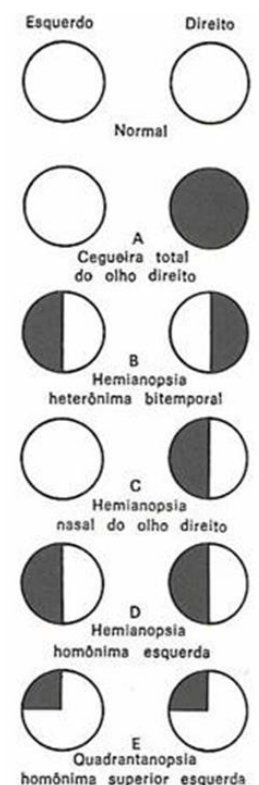
**Caixa nº 2:** Cheiros (café, tabaco e chocolate)

## II Ótico

**Avaliação:** Colocar um objeto a várias distâncias e avaliar se pessoa vê ou não. Campos visuais – tapar alternadamente cada olho do utente e do avaliador (olho correspondente) e inserir um objeto (ex. caneta) no campo visual. O campo visual do avaliador será a referência. Utilizar cartão Jaeger a 35cm (disfunção abaixo de 20/40)

**Alterações:** Amaurose, cegueira, ambliopia, hemianopsia, escotomas.

**Caixa principal:** Cartão *Jaeger*



### III – Nervo Motor Ocular Comum

### IV – Patético

### VI – Motor Ocular Externo

**Avaliação:** Resposta pupilar – Em ambiente semi-escurecido, deslizar uma luz pouco brilhante do canto externo para o centro de cada olho. Avaliar a forma, a velocidade de reação e o diâmetro de cada pupila.

Alternadamente iluminar com um foco de lanterna colocado obliquamente ( $90^\circ$ ) cada pupila, observar a reação pupilar do lado iluminado (fotomotor direto) e da outra pupila (fotomotor consensual) e registrar o diâmetro pupilar e qualquer assimetria ou irregularidade.

Movimento conjugado- Movimentar um dedo nas 6 direções, em forma de H. Avaliar se os olhos têm movimento conjugado com a cabeça ou se têm desvio para um dos lados. Pesquisar nistagmo e ptose palpebral.

**Alterações:** Discoria, anisocoria, nistagmo, ptose palpebral

**Caixa nº 1:** Foco de luz



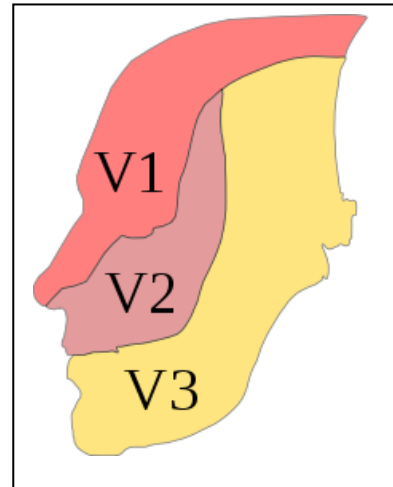
## **V – Trigêmeo**

Três divisões:

**V1- Oftálmica**

**V2- Maxilar**

**V3- Mandibular**



## **Avaliação:**

Sensibilidade da face – Pedir ao utente para fechar os olhos e testar a sensibilidade tátil (roçar um pedaço de algodão, uma compressa ou monofilamento), térmica (alternadamente utilizar dois tubos de vidro com água a 4-10°C e 45-52°C) e dolorosa (picadas leves com agulha SC) nas 3 divisões.

Reflexo córneo-palpebral- Tocar com um pequeno fio de algodão na superfície da córnea e verificar se existe reação de encerramento palpebral e lacrimejo.

Movimentos de mastigação – Pedir à pessoa para mastigar, encerrar os dentes ou fazer mímica do beijinho e verificar se há assimetria.

**Caixa nº 1:** Monofilamento

**Caixa nº 3:** Compressas

**Caixa nº 4:** Algodão

**Caixa nº 5:** Agulhas SC



## **VII Facial**

### **Avaliação:**

- Solicitar que enrugue a testa ou olhe para cima. Pedir para fechar os olhos com força e, em seguida, tentar abri-los exercendo uma ligeira resistência que permita avaliar a força do músculo orbicular dos olhos.
- Pedir para mostrar os dentes ou dar um sorriso e observar presença de assimetrias e ausências de pregas faciais.
- Avaliar o reconhecimento de sabores (doce, salgado amargo) nos 2/3 anteriores da língua, com o auxílio de um cotonete.

**Alterações:** Ageusia, hipoageusia, disgeusia

**Caixa nº 6:** Sabores (açúcar, sal - para testar o sabor amargo poderá ser usado sumo de limão)

**Caixa nº 7:** Cotonetes

## **VIII Vestíbulo-coclear**

Duas divisões: coclear (auditiva) e vestibular (equilíbrio)

### **Avaliação:**

Audição: De olhos fechados e num ambiente silencioso, provocar um ruído (sons baixos: estalar os dedos, relógio analógico, sussurro) ao lado de um dos ouvidos do utente, e gradualmente distanciar a mão do ouvido pedindo para informar quando deixar de ouvir o ruído. Repetir no lado oposto e comparar os resultados.

Audição: Colocar um diapasão (256-512Hz) no vértice do crânio, avaliar se a vibração é sentida em ambos os lados (diapasão não incluído).

**Alterações:** Surdez de transmissão e surdez de percepção

### Equilíbrio:

Estático: colocar o doente sentado na cama com as mãos assentes na base da cama;

Dinâmico: na mesma posição imprimir um ligeiro balaço e avaliar o equilíbrio.

Outros testes: Roberg (em pé de olhos fechados); Momopodal de Uemura (olhos fechados e só um pé no chão)

**Alterações:** Desequilíbrio estático e/ou dinâmico

## **IX Glossofaríngeo**

**Avaliação:** Testar o reconhecimento dos sabores doce e salgado no 1/3 posterior da língua, com o auxílio de um cotonete.

**Alterações:** Ageusia, hipoageusia, disgeusia

**Caixa nº 6:** Sabores (Açúcar e sal)

**Caixa nº 7:** Cotonetes

## X Vago

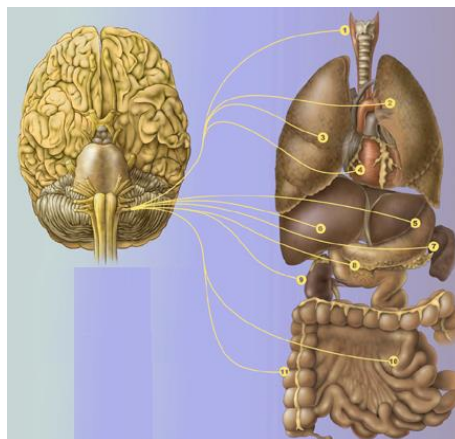
### Avaliação:

Pesquisar reflexo de vômito/deglutição: tocar com uma espátula na parte posterior da língua.

Pesquisar alterações na voz: Solicitar ao utente que mantenha a boca aberta e diga EHHHHHHHHHHH, de forma a observar a simetria da elevação do palato e a ausência de desvio lateral da rafe mediana.

**Alterações:** Hipofonia, disfonia, rouquidão

**Caixa nº 1:** Espátulas



## **XI Espinhal/Acessório**

### **Avaliação:**

Avaliar a força do músculo esternocleidomastóideo e do trapézio contra uma resistência (solicitar para manter os ombros elevados e aplicar resistência para tentar baixar os ombros; pedir para manter a cabeça virada para um dos lados, tentando virá-la para o lado oposto, fazendo resistência no queixo, enquanto palpa o esternocleidomastóideo oposto). Observar assimetrias e atrofia dos músculos pesquisados.

## **XII Hipoglosso**

### **Avaliação:**

Motilidade da Língua - Observar a língua dentro e fora da boca e registrar assimetrias, desvios e atrofia da língua no interior. Observar se há desvio da úvula ou acumulação de saliva.

### **Caixa nº 1: Espátulas**



<b>Nervo</b>	<b>Tipo</b>	<b>Funções</b>
<b>Nervo Olfativo (I)</b>	Sensorial	Sentido especial do olfato
<b>Nervo Ótico (II)</b>	Sensorial	Sentido especial da visão
<b>Nervo Oculomotor ou Motor Ocular Comum (III)</b>	Motor	Músculos dos olhos: Recto superior, interno e inferior e Obliquo inferior, pálpebras, esfíncter da pupila e músculo ciliar do cristalino
<b>Nervo Patético (IV)</b>	Motor e Parassimpático	Músculos dos olhos: Obliquo superior
<b>Nervo Trigêmeo (V)</b>		
<b>Ramo Oftálmico (V<sub>1</sub>)</b>	Sensorial	Parte Superior do rosto
<b>Ramo Maxilar (V<sub>2</sub>)</b>	Sensitivo	Parte Central do rosto
<b>Ramo Mandibular (V<sub>3</sub>)</b>	Sensorial e Motor	Parte Inferior do Rosto
<b>Oculomotor Externo (VI)</b>	Motor	Músculo dos olhos: Recto externo
<b>Nervo Facial (VII)</b>	Sensorial, motor e parassimpático	Língua, ouvido, expressão facial glândulas do rosto
<b>Nervo Vestibulo-coclear (VIII)</b>	Sensorial	Sentidos especiais do ouvido e equilíbrio
<b>Nervo Glossofaríngeo (IX)</b>	Sensorial, motor e parassimpático	Paladar, língua, ouvido; glândulas; músculo da faringe
<b>Nervo Vago (X)</b>	Sensorial, motor e parassimpático	Parte posterior da língua, tronco, palato, laringe e vísceras torácicas e abdominais
<b>Nervo Espinhal (XI)</b>	Motor	Palato mole, faringe, esternocleidomastóideo e trapézio
<b>Nervo hipoglosso (XII)</b>	Motor	Língua e garganta

## ALTERAÇÕES

**Ageusia** - Falta de paladar

**Ambliopia** - Diminuição da acuidade visual

**Amaurose** - Perda total da visão por lesão do II par craniano (nervo ótico)

**Anisocoria** - Pupilas que reagem de forma diferente

**Anosmia** - Ausência da percepção dos cheiros

**Cacosmia** - Percepção de maus odores que não existem

**Cegueira** - Perda total da visão por lesão em qualquer parte do aparelho visual

**Discoria** - Irregularidade no contorno pupilar

**Disfonia** - Distorção do tom da voz

**Disgeusia** - Percepção do paladar alterada

**Escotomas** - Manchas escuras que se projetam em negro sobre objetos fixados

**Fantasmia** - Alteração da percepção dos cheiros caracterizada por sentir cheiros não existentes

**Hemianopsia**- Perda da visão por supressão da metade do campo visual de cada olho

**Hipoageusia** - Diminuição da percepção dos sabores

**Hiperosmia** - Aumento da percepção dos cheiros

**Hipofonia** - Diminuição do tom da voz

**Hiposmia** - Diminuição da percepção dos cheiros

**Nistagmo** - Movimentos do globo ocular, involuntários e rápidos, no sentido vertical, horizontal ou rotatório

**Parosmia** - Alteração da percepção dos cheiros caracterizada por sentir cheiros contrários aos existentes

**Ptose palpebral** - Queda da pálpebra superior

**Rouquidão** - Mudança no tom da voz, para um tom mais áspero

**Surdez de percepção** - Défice auditivo por lesão do VIII par craniano - Nervo Estato-acústico

**Surdez de transmissão** - Défice auditivo por alteração na transmissão das ondas sonoras desde o exterior até ao ouvido interno

## BIBLIOGRAFIA

- Menoita, E. C., (Coord.) (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Pinto, V. M. (2001). Papel do Enfermeiro na Neuroavaliação do Doente com alteração do Nível de Consciência. In Formasau - Formação e Saúde Lda. *Enfermagem em Neurologia* (pp.45-56). Coimbra: Formasau

*Guia elaborado por Eunice Rosendo,  
5º Curso de Mestrado Área de Especialização em  
Enfermagem de Reabilitação,  
ESEL*





### **Apêndice 3- Processos de Enfermagem de Reabilitação**



5º CURSO DE MESTRADO  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM **ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

UNIDADE CURRICULAR:  
**Estágio com Relatório**


**PROCESSO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 1**

**Docente Orientador:** Professor Joaquim Paulo Oliveira

**Enfermeiro Especialista Orientador:** 

**Discente:** Eunice Rosendo (5484)

Lisboa  
**outubro, 2014**



## SUMÁRIO

f

<b>1- COLHEITA DE DADOS .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1- Antecedentes pessoais .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2- Avaliação inicial .....</b>	<b>2</b>
<b>2- EXAME NEUROLÓGICO .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1- Consciência .....</b>	<b>3</b>
<b>2.2- Motricidade .....</b>	<b>3</b>
2.2.1- Força Muscular .....	3
2.2.2- Tônus Muscular .....	4
<b>2.3- Sensibilidade .....</b>	<b>4</b>
2.3.1- Superficial .....	4
2.3.2- Profunda .....	5
<b>2.4- Equilíbrio .....</b>	<b>5</b>
<b>2.5- Marcha .....</b>	<b>5</b>
<b>2.6- ASIA .....</b>	<b>5</b>
<b>3- PLANO DE CUIDADOS .....</b>	<b>5</b>

# 1-COLHEITA DE DADOS

## 1.1-Antecedentes pessoais

O Sr. R. P. tem 62 anos, é casado, tem 2 filhos e uma neta. Foi vítima de acidente de trabalho em Dezembro de 2013, do qual resultaram fratura de D4 com instalação imediata de paraplegia e fratura do úmero direito. Apresenta história de episódio coronário agudo com bypass coronário em 2000.

Em relação à fratura do úmero direito foi submetido a cirurgia ortopédica para redução cirúrgica da fratura, o que decorreu sem complicações. No que diz respeito à fratura de D4, o utente apresenta paraplegia classificada como lesão ASIA A com nível neurológico D3.

Foi internado no CMRA em Abril de 2014 para iniciar treino de AVD, reeducação motora, avaliação urológica, reeducação dos esfíncteres vesical e anal e adaptação a produtos de apoio.

Meios Complementares de diagnóstico:

- Prova da função respiratória revela alteração ventilatória restritiva moderada;
- Estudo urodinâmico revela *compliance* vesical normal e contractilidade ligeira do detrusor.

## 1.2-Avaliação inicial

O Sr. R. P. apresenta-se calmo e comunicativo. Relata com entusiasmo os seus tempos de “boina vermelha”, é entusiasta do desporto adaptado e perspectiva no futuro a sua participação em provas de competição.

Com frequência refere queixas pouco específicas, interpretadas pela equipa de saúde como chamadas de atenção e renitência à alta. Fala muitas vezes nas obras em casa como impeditivas à sua alta. Apesar de não ter défices na motricidade e sensibilidade dos membros superiores, é renitente na colaboração do treino de AVD, exigindo muitas vezes ajuda total e parcial para tarefas que aparentemente consegue fazer sem ajuda. Deambula sem dificuldade em cadeira de rodas.

Apesar de alta programada para 15/10, o aparecimento de uma úlcera de pressão no maléolo externo do pé direito (grau III) adiou a alta para mais tarde visto ter cirurgia plástica marcada para 17/10.

Como produtos de apoio foram recomendados a cadeira de banho e uma cadeira de rodas com possibilidade de verticalização.

## 2-EXAME NEUROLÓGICO

### 2.1-Consciência

O Sr. R.P. apresenta um score na escala de Glasgow de 15 desde o primeiro dia de internamento. Após o acidente não apresentou perda de conhecimento.

### 2.2-Motricidade

#### 2.2.1-Força Muscular

Foi avaliada pela escala de *Lower*, em que é utilizada a força e a resistência do profissional como valor de referência.

DATA		13/10/2014							
		FLEXÃO	EXTENSÃO	ADUÇÃO	ABDUÇÃO	ROTAÇÃO INTERNA	ROTAÇÃO EXTERNA	SUPINAÇÃO	PRONAÇÃO
DIREITO E ESQUERDO	OMBRO	5	5	5	5	5	5	5	5
	COTOVELO	5	5	5	5	5	5	5	5
	PUNHO	5	5	5	5	5	5	5	5
	DEDOS MÃOS	5	5	5	5	5	5	5	5
	COXO-FEMURAL	0	0	0	0	0	0	0	0
	JOELHO	0	0	0	0	0	0	0	0
	TIBIO-TÁRSICA	0	0	0	0	0	0	0	0
	PÉ	0	0	0	0	0	0	0	0

### Escala de Lower:

**5/5** – Movimento normal contra gravidade e resistência;

**4/5** – Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;

**3/5** – Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência;

**2/5** – Tem movimento das extremidades mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama;

**1/5** – Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento;

**0/5** – Sem contração muscular e sem movimento

### 2.2.2-Tónus muscular

Foi avaliado pela palpação dos grupos musculares e pela realização de mobilizações passivas em todos os segmentos dos membros inferiores. Na palpação constatou-se hipertonicidade de todos os grupos musculares de ambos os membros inferiores. Na mobilização passiva verificou-se espasticidade grau 3+, na escala de *Ashworth* modificada.

### Escala de *Ashworth* modificada:

0 – Não há aumento do tónus muscular;

1 – Ligeiro aumento do tónus muscular, manifestado pelo apanhar e largar ou por uma resistência mínima no final do arco de movimento;

1<sup>+</sup> – Ligeiro aumento no tónus muscular, manifestado pelo apanhar/largar, seguido de uma resistência mínima (antes de metade do restante do arco de movimento);

2 – Aumento do tónus mantido mais marcado na quase totalidade do arco de movimento, mas consegue-se mobilizar facilmente os segmentos lesados;

3 – Aumento considerável do tónus muscular com mobilização passiva difícil;

4 – Os segmentos afetados apresentam rigidez na flexão ou na extensão (abdução ou adução), etc.

## 2.3-Sensibilidade

### 2.3.1-Superficial

**1-Térmica:** Avaliação realizada com dois recipientes com SF frio (cerca de 10º) e quente (cerca de 39º). A avaliação foi realizada em todos os dermatômos, em ambos os hemisférios, enquanto o utente conservava os olhos fechados.

Resultado: O utente identificou corretamente o frio e o quente acima da linha mamilar.

**2-Tátil:** Foi avaliada com um roçar de compressa usando a mesma metodologia da avaliação anterior.

Resultado: O utente identifica o roçar acima da linha mamilar.

3- *Dolorosa*: Foi avaliada com a picada ligeira de uma agulha subcutânea da mesma forma que decorreram as avaliações anteriores.

Resultado: O utente identifica a picada imediatamente acima da linha mamilar.

#### 2.3.2-Profunda

1-*Postural*: O utente identifica corretamente, com os olhos fechados, a posição dos segmentos dos membros superiores mas não identifica a posição dos membros inferiores.

2-*Vibratória*: Não foi efetuada por não existir diapasão disponível.

### 2.4-Equilíbrio

Efetuada com o utente sentado na cadeira de rodas, ao lhe ser solicitada a flexão do tronco o utente consegue voltar à posição de sentado com bom equilíbrio, sem ser necessário segurar com as mãos.

### 2.5-Marcha

Por lesão em D4, o utente não poderá efetuar marcha.

### 2.6-ASIA

Com o objetivo de classificar a Lesão Medular do Sr. R. P. segundo a classificação internacional ASIA, foi ainda efetuado o toque retal, tendo sido verificada ausência de tónus anal e total incapacidade do utente para realizar a contração do mesmo, o que confirma Lesão Medular ASIA A

## 3- PLANO DE CUIDADOS

O Plano de Cuidados foi elaborado tendo por base a avaliação realizada no início do estágio e o modelo teórico de Nancy Roper, adotado no CMRA.



Nº	INÍCIO	PROBLEMAS REAIS E/OU POTENCIAIS	FIM	OBJETIVOS	INÍCIO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	FIM
1		AVD: <i>Manter um ambiente seguro</i> Alterações:			4/2014	- Avaliação do risco de quedas (escala de Morse);	7/2014
	4/2014	- Risco de queda		- Promover um ambiente seguro	4/2014	- Colocação de faixa lombar na posição de sentado;	
	4/2014	- Equilíbrio instável do tronco na posição de sentado		- Diminuir o risco de queda	4/2014	- Subida das grades da cama;	
2		AVD: <i>Comunicação</i> Alterações:			8/2014	- Incentivo à verbalização da ansiedade;	
	8/2014	- Ansiedade relacionada com a alta não verbalizada diretamente		- Promover a verbalização da ansiedade	7/2014	- Incitamento à colaboração no treino de AVD;	
	7/2014	- Renitência na colaboração com o treino de AVD		- Aumentar a colaboração no treino das AVD	8/2014	- Envolvimento da família no plano da alta;	
3		AVD: <i>Respiração</i> Alterações:			4/2014	- Realização de Reeducação funcional respiratória: dissociação dos tempos respiratórios; reeducação abdominodiafragmática e costal;	7/2014
	4/2014	- Alteração ventilatória tipo restritiva		- Prevenir complicações respiratórias	4/2014	- Incitamento ao uso do inspirómetro de incentivo;	
	4/2014	- Risco de alterações hemodinâmicas por LM		- Diminuir o risco de alterações hemodinâmicas associadas à LM	4/2014	- Explicação sobre os procedimentos;	

	4/2014	- Risco de episódio de disreflexia autônoma		- Prevenir, detectar e corrigir rapidamente qualquer episódio de disreflexia autônoma	4/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação e registro de sinais vitais: Temperatura, Tensão Arterial, Pulso, Frequência Respiratória e saturação de O<sub>2</sub>;</li> <li>- Ensino sobre sinais e sintomas da disreflexia autônoma e necessidade de notificação imediata ao enfermeiro responsável.</li> </ul>	
4	4/2014	AVD: Alimentação Alterações: - Risco de padrão alimentar incorreto		- Promover uma alimentação adequada	4/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicação sobre a vantagem de hábitos alimentares saudáveis com reforço proteico e calórico para compensar o gasto energético da fisioterapia diária.</li> </ul>	
5	4/2014 4/2014 4/2014	AVD: Eliminação Alterações: - Padrão de eliminação vesical comprometido - Padrão de eliminação intestinal comprometido - Risco de infecção urinária;		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um padrão de eliminação vesical eficaz</li> <li>- Promover um padrão de eliminação intestinal eficaz</li> <li>- Promover a independência do utente na eliminação</li> <li>- Diminuir o risco de infecção urinária</li> </ul>	4/2014 4/2014 4/2014 4/2014 4/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensino programado para auto-esvaziamento vesical;</li> <li>- Ensino e vigilância do registro de líquidos ingeridos e eliminados;</li> <li>- Registro das características da urina;</li> <li>- Ensino programado para treino da eliminação intestinal;</li> <li>- Vigilância na auto administração do supositório de bisacodil e da eficácia do treino efetuado;</li> <li>- Registro das características das fezes eliminadas;</li> </ul>	5/2014 5/2014
6		AVD: Higiene Pessoal e		- Promover a higiene, o	4/2014	- Treino de AVD;	

	4/2014	<p><i>vestir-se</i> Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependência parcial na higiene e no vestir-se</li> <li>- Risco de Úlceras de pressão</li> <li>- Lesão categoria II no maléolo externo do pé direito;</li> </ul>		conforto e o bem-estar <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir o grau de dependência nos cuidados de higiene e no vestir-se</li> <li>- Manter a integridade cutânea</li> <li>- Promover a cicatrização da lesão maleolar</li> </ul>	<p>8/2014</p> <p>8/2014</p> <p>4/2014</p> <p>4/2014</p> <p>8/2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajuda parcial no banho de chuveiro;</li> <li>- Ajuda parcial no vestir da cintura para cima;</li> <li>- Ajuda total no vestir da cintura para baixo;</li> <li>- Vigilância da integridade cutânea;</li> <li>- Realizar penso da lesão maleolar segundo prescrição: lavagem com SF, aplicação de hidrogel e penso de proteção;</li> </ul>	
7		<p>AVD: <i>Controlo da temperatura corporal</i></p>					
8	<p>4/2014</p> <p>4/2014</p>	<p>AVD: <i>Mobilidade</i> Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Padrão de mobilidade comprometido</li> <li>- Risco de alterações músculo-esqueléticas e posturais</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o equilíbrio e autonomia na mobilização em cadeira de rodas</li> <li>- Prevenir alterações músculo-esqueléticas</li> </ul>	<p>4/2014</p> <p>7/2014</p> <p>7/2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino do equilíbrio;</li> <li>- Ajuda parcial na transferência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa;</li> <li>- Ajuda parcial na alternância de decúbitos;</li> </ul>	
9	4/2014	<p>AVD: <i>Trabalho e Lazer</i> Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacidade permanente para as funções laborais que</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reintegrar o utente na vida profissional</li> <li>- Reintegrar o utente</li> </ul>	<p>8/2014</p> <p>8/2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista ao utente e família sobre as possibilidades de emprego futuro;</li> <li>- Incentivo à prática do desporto adaptado;</li> </ul>	

	4/2014	exercia anteriormente ao acidente - Restrição na participação de atividades sociais e de lazer		nas atividades sociais e de lazer	4/2014	- Incentivo à interação com familiares e amigos, especialmente ao fim de semana;	
10	4/2014	AVD: <i>Expressão da sexualidade</i> Alterações: - Afastamento da convivência íntima e diária com a esposa e filhos (internado desde Abril)		- Promover e facilitar o convívio com a esposa, filhos e outras pessoas significativas	4/2014	- Estímulo à verbalização de medos e receios relacionados com a sexualidade e afetividade	
11		AVD: <i>Sono</i>					
12	4/2014	AVD: <i>Morte</i> Alterações: - Projeto de vida comprometido		- Promover a expressão de receios em relação à vida futura	4/2014	- Incentivo à verbalização de medos e receios em relação ao futuro;	
	4/2014	- Risco de complicações, reinternamentos e agravamento do estado de saúde		- Prevenir complicações	4/2014	- Ensino sobre medidas preventivas de complicações	



5º CURSO DE MESTRADO  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM **ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

UNIDADE CURRICULAR:  
**Estágio com Relatório**

**PROCESSO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2**

**Docente Orientador:** Professor Joaquim Paulo

**Enfermeiro Especialista Orientador:** [REDACTED]

**Discente:** Eunice Rosendo (5484)

Lisboa  
novembro, 2014

## SUMÁRIO

f

<b>1- COLHEITA DE DADOS .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1- Antecedentes pessoais .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2- Avaliação no início do estágio .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3- Escalas de avaliação.....</b>	<b>3</b>
1.3.1- MIF .....	3
1.3.2- Escala de NIHSS .....	5
<b>2- EXAME NEUROLÓGICO .....</b>	<b>7</b>
<b>2.1- Consciência .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2- Pares Cranianos .....</b>	<b>7</b>
<b>2.3- Motricidade .....</b>	<b>12</b>
2.3.1- Força Muscular .....	12
2.3.2- Tônus Muscular.....	13
2.3.3- Coordenação Motora.....	14
<b>2.4- Sensibilidade .....</b>	<b>14</b>
2.4.1- Superficial .....	14
2.4.2- Profunda.....	15
<b>2.5- Equilíbrio.....</b>	<b>15</b>
<b>2.6- Marcha.....</b>	<b>15</b>
<b>3- PLANO DE CUIDADOS.....</b>	<b>15</b>

## **1-COLHEITA DE DADOS**

### **1.1-Antecedentes pessoais**

O Sr. A. A. tem 49 anos é casado e tem 2 filhos (17 e 8 anos de idade). O utente é proprietário de uma empresa de construção civil e é eletricista de profissão. No dia 24/6, poucos minutos após levantar-se para trabalhar refere quadro súbito de hemiparesia esquerda sem alteração do estado de consciência. À chegada do INEM apresenta TA de 230/150mmHg (desconhecia história de HTA). Foi internado no H.B.A. de 24/6/ a 24/7/2014. Na admissão realiza TAC CE que confirma AVC hemorrágico do lênticulo-capsular e radiário direito. Após 8 dias de internamento sofre agravamento do estado neurológico com confirmação imagiológica da extensão do hematoma.

Em 15/8 é internado no CMRA. À chegada na avaliação inicial, apresenta hemiparesia esquerda espástica (grau 2 na escala de *Ashworth* modificada) com força muscular no membro superior de 0 e no membro inferior de 3-4 na coxa e perna e 0 no pé. Não apresenta *neglect*, o equilíbrio estático apresenta-se sem alterações mas o equilíbrio dinâmico é ineficaz. Na admissão no CMRA apresenta controlo esfíncteriano vesical e intestinal eficazes.

### **1.2-Avaliação no início do estágio**

O Sr. A. A. apresenta-se calmo, sem défices cognitivos, comunicativo embora com períodos de labilidade emocional. Refere com insistência ansiedade em relação ao exercício da atividade profissional e à capacidade para condução.

Neurologicamente mantém hemiparesia esquerda espástica, com membro superior não funcional e apesar de já fazer períodos de marcha, com tala elástica de contensão da tibio-társica, mantém deambulação em cadeira de rodas por risco de queda.

Tem marcação nos departamentos de Terapia ocupacional, fisioterapia, AVD e psicologia.

### **1.3- Escalas de Avaliação**

A necessidade de medir o impacto da doença no indivíduo levou à criação de escalas, que são instrumentos de avaliação clínica em que um ou vários itens são pontuados de forma a criar um sistema de medida. A utilização de escalas possibilita a normalização da linguagem utilizada. No CMRA utilizam-se várias escalas na prática de enfermagem, tais como: MIF (Medida da Independência Funcional), Morse (Risco de quedas), Braden (Risco de úlceras de Pressão) e Glasgow (estado de consciência). Nesta avaliação, além das escalas mencionadas foi ainda introduzida a escala do AVC do *National Institute of Health* (NIHSS) que avalia e quantifica os défices neurológicos no doente com AVC.

#### **1.3.1- Escala de MIF**

A MIF é um instrumento preciso e universal para a capacidade funcional, sendo um indicador de base que pode ser modificado durante um programa de reabilitação. As modificações da MIF demonstram os efeitos ou os resultados desse programa. Desta forma, é um instrumento muito utilizado em Centros de Reabilitação, tais como o CMRA.

A avaliação exemplificada na tabela seguinte representa 2 momentos de avaliação, o primeiro no início do Ensino Clínico e o segundo perto do momento da alta. No CMRA a MIF é mensurada em todos os turnos.



Níveis		7 Independência completa 6 Independência modificada (dispositivo)		SEM AJUDA	
		Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)		AJUDA	
Avaliação / datas				30/9	31/10
AUTOCUIDADO	A-Alimentação		3	4	
	B-Higiene Pessoal		4	5	
	C-Banho		4	5	
	D-Vestir a metade superior do corpo		7	7	
	E-Vestir a metade inferior do corpo		4	7	
	F-Utilização da sanita		5	5	
CONTROLO ESFICTERES	G-Controlo Vesical		5	7	
	H-Controlo Intestinal		5	7	
MOBILIDADE	Transferência:				
	I-Leito/Cadeira/Cadeira de rodas		3	5	
	H-Sanita		3	5	
	J-Banheira/Duche		3	5	
LOCOMOÇÃO	K-Marcha/Cadeira de rodas	M			
		CR	7	7	
	L-Escadas		1	3	
COMUNICAÇÃO	M-Compreensão	A	7	7	
		Vi			
	N-Expressão	V	7	7	
		NV			
CONSCIÊNCIA MUNDO EXTERIOR	O-Interação social		7	7	
	P-Resolução de problemas do quotidiano		3	4	
	Q-Memória		7	7	
TOTAL			85	104	

**Legenda:** M:marcha; CR: Cadeira de Rodas; A:Ambas; Vi: Visual; V:Verbal; NV: Não-verbal

### 1.3.2- Escala de NIHSS

A NIHSS é uma escala com 11 itens de exame neurológico para avaliação do efeito do AVC agudo no nível de consciência, linguagem, negligência, perda de campo visual, movimentos oculares, força muscular, ataxia, disartria e perda sensitiva. A avaliação completa de um doente requer menos de 10 minutos.

ESCALA DE NIHSS		Data	30/9	31/10
<b>1a. Nível de consciência</b>	Alerta	0		
	Sonolento, mas despertável com mínima estimulação	1	0	0
	Sonolento, requer estimulação repetida para responder	2		
	Coma	3		
<b>1b. Orientação (pergunte ao doente o mês e a idade)</b>	Responde a ambas as questões corretamente	0		
	Responde a uma questão corretamente	1	0	0
	Ambas as respostas são incorretas	2		
<b>1c. Comandos (abrir e Fechar os olhos, abrir e Fechar a mão)</b>	Obedece a ambas as ordens	0		
	Obedece a uma ordem corretamente	1	0	0
	Ambas incorretas	2		
<b>2. Olhar (melhor movimento ocular apenas no plano horizontal)</b>	Normal	0		
	Limitação parcial dos movimentos oculares	1	0	0
	Desvio forçado dos olhos	2		
<b>3. Campos visuais (estímulo visual, ameaça)</b>	Sem deficits campimétricos	0		
	Hemianopsia parcial	1	0	0
	Hemianopsia completa	2		
	Hemianopsia bilateral (amaurótico, cegueira cortical)	3		
<b>4. Parésia facial (pedir ao doente para cerrar os dentes e fechar os olhos com vigor)</b>	Movimentos simétricos e normais	0		
	Parésia minor (assimetria a sorrir ou dos sulcos nasogenianos)	1	1	1
	Parésia parcial (paralisia total da face inferior)	2		
	Parésia total de um ou ambos os lados (face inf. e sup.)	3		
<b>5a. Força muscular – membro superior esquerdo</b>	Normal (estende o braço 90° ou 45° por 10 segundos sem cair)	0		
	Membro começa a cair antes dos 10 segundos	1		
	Alguma força contra a gravidade	2		
	Sem força para vencer a gravidade	3	3	2
	Sem movimento	4		
	Não testável (amputação, anquilose)	9		

<b>5b. Força Muscular – Membro superior direito</b>	Normal (estende o braço 90° ou 45° por 10 segundos sem cair)	0	0	0
	Membro começa a cair antes dos 10 segundos	1		
	Alguma força contra a gravidade	2		
	Sem força para vencer a gravidade	6		
	Sem movimento	4		
	Não testável (amputação, anquilose)	9		
<b>6a. Força muscular – Membro inferior esquerdo</b>	Normal (MI mantém-se a 30° por 5 segundos sem cair)	0	2	1
	Membro começa a cair antes dos 5 segundos	1		
	Alguma força contra a gravidade	2		
	Sem força para vencer a gravidade	3		
	Sem movimento	4		
	Não testável (amputação, anquilose)	9		
<b>6b. Força muscular – Membro inferior direito</b>	Normal (MI mantém-se a 30° por 5 segundos sem cair)	0	0	0
	Membro começa a cair antes dos 5 segundos	1		
	Alguma força contra a gravidade	2		
	Se força para vencer a gravidade	3		
	Sem movimento	4		
	Não testável (amputação, anquilose)	9		
<b>7. Ataxia dos membros</b>	Sem ataxia	0	1	1
	Presente em um membro	1		
	Presente em dois membros	2		
<b>8. Sensibilidade (use alfinete para testar na face, tronco e membros, ver assimetria)</b>	Normal	0	2	1
	Diminuição de sensibilidade ligeira a moderada	1		
	Perda de sensibilidade severa ou total	2		
<b>9. Linguagem (descrever figuras, nomear objetos)</b>	Sem afasia	0	0	0
	Afasia ligeira a Moderada	1		
	Afasia severa	2		
	Mutismo, afasia global	3		
<b>10. Disartria (lendo palavras)</b>	Articulação normal	0	0	0
	Disartria ligeira a Moderada	1		
	Palavras quase ininteligíveis ou incapaz de falar	2		
	Não testável (entubado ou outro obstáculo físico)	9		
<b>11. Inatenção (use estímulo visual ou sensorial duplo)</b>	Normal	0	0	0
	Inatenção para estímulo simultâneo bilateral numa das modalidades	1		
	Hemi- inatenção severa ou em mais do que uma modalidade sensorial	2		
			<b>9</b>	<b>6</b>

Total				
-------	--	--	--	--

**NIHSS:** • Déficit ligeiro <5: • Déficit moderado 5-17: • Déficit grave> 17-22; • Déficit muito grave>22

**Resultado:** O utente apresenta um déficit moderado em ambas as avaliações.

## 2- EXAME NEUROLÓGICO

O exame neurológico do Sr. A.A. foi realizado durante a semana de 27-31/10/2014. Visto ser um exame moroso e exaustivo que provoca algum cansaço, a avaliação motora e sensitiva foi realizada durante os dias 27, 28, 29 e 30/10 com a Enfermeira I. D. no serviço de AVD e a avaliação dos pares cranianos no dia 31/10, com o Enfermeiro N. F. no serviço de internamento.

### 2.1-Consciência

O Sr. A. A. apresenta um score na escala de Glasgow de 15 desde o primeiro dia de internamento. Apresenta memória para o início de sintomas do AVC e para todo o internamento durante a fase aguda. Após o AVC não apresentou qualquer período de perda de conhecimento.

### 2.2- Pares Cranianos

A avaliação dos pares cranianos seguiu a ordem numérica apresentada:

#### I – Nervo olfactivo- Olfato- sensitivo

Avaliação: Foi utilizado o cheiro do café e tabaco e testado em cada narina unilateralmente com os olhos fechados

**Resultado:** O utente não conseguiu identificar nenhum dos cheiros em ambas as narinas.

## **II – Nervo óptico- Visão- Sensitivo**

Avaliação: Foram tapados os olhos direito e esquerdo alternadamente e utilizado o olho correspondente do avaliador para avaliar o campo visual. Foi utilizado um cartão *Jaeger* para avaliação da acuidade visual.

**Resultado:** Campo visual sem qualquer alteração em ambos os olhos. A aplicação de cartão *Jaeger* (colocado a cerca de 35 cm do utente) revelou acuidade visual de 30/40.

**III – Nervo motor ocular comum** – Miose, elevação da pálpebra superior, adução e aproximação à linha média do olho- motor

**IV – Nervo patético/troclear** – Motricidade do músculo oblíquo e rotação do olho- motor

**VI – Nervo motor ocular externo/abducente** – Motricidade do músculo recto lateral e abdução do olho- Motor

Avaliação: Foi deslizado um foco de luz bilateralmente do canto externo para o centro de cada olho, em ambiente semi-escurecido, e movimentado um dedo nas 6 direções, em forma de H. Em simultâneo foi avaliada a forma, velocidade de reação e diâmetro pupilar. Em seguida, alternadamente foi iluminado obliquamente (90º) cada pupila e observada a reação pupilar do lado iluminado (fotomotor direto) e da outra pupila (fotomotor consensual).

**Resultado:** O utente apresentou movimento coordenado e sem alterações em todas as direções do “movimento H”. As pupilas apresentaram-se isocóricas e reativas à luz, embora a pupila esquerda tenha apresentado uma fotorreação mais lenta em comparação com a pupila direita. Verificou-se reação fotomotora consensual.

**V – Nervo trigémeo-** Movimentos mastigação (ramo motor), percepções sensoriais da face, seios da face e dentes (ramo sensorial) - misto

Avaliação:

1- *Sensibilidade da face e córnea* – Com olhos fechados, foi avaliada a sensibilidade tátil (foi roçada na face uma compressa), térmica (encostada à face dois tubos de SF a 10º e a 39º) e dolorosa (pequenas picadas com agulha SC) da face esquerda. Foi encostada às pestanas do olho esquerdo uma compressa para testar a reação de encerramento palpebral e lacrimejo.

2- *Movimentos de mastigação* – Foi solicitado ao utente para mastigar, encerrar os dentes e realizar o gesto do beijinho para verificar a existência ou não de assimetria facial.

**Resultado:** O utente apresenta sensibilidade tátil, térmica e dolorosa presente mas diminuída na hemiface esquerda, assim como também apresenta reação de encerramento palpebral e lacrimejo no olho esquerdo. Quando pedido para realizar os movimentos de mastigação, revela uma ligeira assimetria com um desvio da comissura labial para a direita; na mímica do beijinho não apresenta qualquer assimetria.

**VII – Nervo facial**- Controlo dos músculos faciais: mímica facial (ramo motor) e percepção gustativa do terço anterior da língua (ramo sensorial)- misto

Avaliação: Foi solicitado que enrugasse a testa e olhasse para cima. Solicitei ainda que fechasse os olhos com força e, em seguida, pedi que tentasse abri-los exercendo uma ligeira resistência, de forma a avaliar a força do músculo orbicular de ambos os olhos. Foi também pedido para mostrar os dentes e dar um sorriso, de forma a observar a presença de assimetrias e ausências de pregas faciais. Foi também avaliado o reconhecimento de sabores (doce com açúcar, salgado com sal e amargo com sumo de limão) nos 2/3 anteriores da língua.

**Resultado:** Teste sem alterações quando solicitado que enrugasse a testa, fechasse os olhos com força e abrisse as pálpebras com resistência. Quando pedido para mostrar os dentes e sorrir, revelou ligeira assimetria com desvio da comissura labial para a direita e apagamento discreto do sulco nasogeniano à esquerda. Reconheceu os sabores doce, salgado e amargo.

**VIII – Nervo auditivo/vestíbulo-coclear**- Vestibular: orientação e movimento; Coclear: audição- sensitivo

Avaliação:

1- *Audição*: Com olhos fechados coloquei um relógio analógico ao lado do ouvido direito do paciente e gradualmente distanciei a mão do ouvido do utente pedindo para informar quando deixasse de ouvir o ruído. Repeti no ouvido esquerdo.

*Audição*: Para completar o teste deste par craniano deveria ter colocado um diapasão (256-512Hz) no vértice do crânio, avaliando se a vibração era sentida em ambos os lados. Este teste não foi realizado por não ter diapasão disponível.

2- *Equilíbrio*: *Estático*: coloquei o doente sentado na cama com as mãos assentes na base da cama; *Dinâmico*: na mesma posição imprimi um ligeiro balaço para avaliar o equilíbrio.

**Resultado**: O utente não apresentou qualquer diferença entre a audição do ouvido direito e esquerdo e apresentou equilíbrio estático e dinâmico eficaz.

**IX – Nervo glossofaríngeo**- Percepção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato- Misto

Avaliação: Testei o reconhecimento de sabores doce (açúcar) e salgado (sal) no 1/3 posterior da língua

**Resultado**: O utente reconheceu os sabores: doce e salgado.

**X – Nervo vago/pneumogástrico**- Percepção sensorial da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras; inervação das vísceras torácicas e abdominais- Misto

Avaliação: Pesquisar reflexo de vômito/deglutição: toquei com uma espátula na parte posterior da língua.

Pesquisar alterações na voz: Após colocar a espátula na boca, solicitei ao utente que mantivesse a boca aberta e dissesse EHHHHHHHHHH, de forma a observar a

simetria da elevação do palato e a existência/ausência de desvio lateral da rafe mediana

**Resultado:** O utente apresentou reflexo de vômito e deglutição sem alterações, o palato e a rafe mediana não apresentaram desvios e a voz não apresentou alterações.

**XI – Nervo espinhal/acessório-** Controlo motor da faringe, laringe, palato, músculos esternocleidomastóideo e trapézio; rotação e inclinação da cabeça- Motor

Avaliação: Foi Avaliada a força do músculo esternocleidomastóideo e do trapézio por solicitar ao utente que mantivesse os ombros elevados, aplicando uma resistência para tentar baixar os ombros; pedi ainda para manter a cabeça virada para um dos lados, tentando virá-la para o lado oposto, fazendo resistência no queixo, enquanto palpava o esternocleidomastóideo oposto. Observei a existência/ausência de assimetrias e atrofia dos músculos pesquisados.

**Resultado:** Rotação da cabeça sem alterações, força muscular idêntica em ambos os lados do pescoço. Elevação dos ombros contra-resistência com pequena diminuição da força à esquerda.

**XII – Nervo hipoglosso-** Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição e articulação das palavras)

Avaliação: Motilidade da Língua – Pedi ao utente para exteriorizar a língua de forma a identificar assimetrias, desvios e atrofia da língua. Observei com uma espátula se existia desvio da úvula ou acumulação de saliva

**Resultado:** Quando solicitado para exteriorizar a língua revelou desvio ligeiro para a esquerda, não apresentou desvio da úvula nem acumulação de saliva.



## 2.3- Motricidade

### 2.3.1- Força Muscular

Foi avaliada pela escala de *Lower*, em que é utilizada a força e a resistência do profissional como valor de referência. No membro superior e inferior direito, o utente apresenta força muscular 5 em todos os segmentos. A avaliação da força muscular do membro superior e inferior esquerdo e cabeça e pescoço estão descritas nos quadros seguintes.

Força muscular do membro inferior esquerdo

	Flexão	Extensão	Adução.	Abdução.	Rotação Interna	Rotação Externa	Inversão	Eversão
Dedos	3/5	1/5	2/5	1/5	-	-	-	-
Tíbio Társica	-	-	-	-	-	-	3/5	3/5
Joelho	3/5	3/5	-	-	-	-	-	-
Coxo Femoral	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	3/5	-	-

Força muscular do membro superior esquerdo

	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Interna	Rotação Externa	Oposição	Desvio Radial	Desvio Cubital	Pronação	Supinação.
Dedos	2/5	1/5	0/5	0/5	-	-	0/5	-	-	-	-
Punho	-	-	-	-	-	-	-	0/5	0/5	-	-
Antebraço	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3/5	2/5
Cotovelo	4/5	4/5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ombro	4/5	4/5	4/5	2/5	4/5	2/5	-	-	-	-	-

Força muscular da cabeça e pescoço

	Flexão	Extensão	Flexão lateral esquerda	Flexão lateral direita
Cabeça e Pescoço	5/5	5/5	4/5	5/5

### Escala de *Lower*:

- 5/5** – Movimento normal contra gravidade e resistência;
- 4/5** – Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;
- 3/5** – Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência;
- 2/5** – Tem movimento das extremidades mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama;
- 1/5** – Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento;
- 0/5** – Sem contração muscular e sem movimento

### 2.3.2-Tónus muscular

Foi avaliado pela palpação dos grupos musculares e pela realização de mobilizações passivas em todos os segmentos dos membros inferiores. Na palpação dos grupos musculares do membro superior e inferior esquerdos, apresentou um aumento do tónus muscular compatível com hemiplegia esquerda espástica.

A nível do membro superior apresentou, na escala de *Ashworth* modificada, espasticidade grau 1+ na flexão, rotação interna e externa do ombro; grau 1+ na flexão do cotovelo e extensão do punho; grau 2 na extensão dos dedos da mão.

A nível do membro inferior apresentou espasticidade grau 1+ na flexão da coxo-femural e flexão do joelho e grau 2 na flexão e extensão da tibio-társica, inversão e eversão do antepé.

### Escala de *Ashworth* modificada:

- 0 – Não há aumento do tónus muscular;
- 1 – Ligeiro aumento do tónus muscular, manifestado pelo apanhar e largar ou por uma resistência mínima no final do arco de movimento;
- 1\* – Ligeiro aumento no tónus muscular, manifestado pelo apanhar/largar, seguido de uma resistência mínima (antes de metade do restante do arco de movimento);
- 2 – Aumento do tónus mantido mais marcado na quase totalidade do arco de movimento, mas consegue-se mobilizar facilmente os segmentos lesados;
- 3 – Aumento considerável do tónus muscular com mobilização passiva difícil;
- 4 – Os segmentos afetados apresentam rigidez na flexão ou na extensão (abdução ou adução), etc.

### 2.3.3- Coordenação Motora

O teste de coordenação motora foi realizado por pedir ao utente que na posição de sentado e com os olhos fechados tocasse com o dedo indicador direito no nariz (prova index-nariz), o que o utente fez sem qualquer dificuldade. Na posição de deitado foi pedido ao utente que colocasse o pé direito sobre o joelho esquerdo e deslizasse o calcanhar direito ao longo da tíbia esquerda (prova calcanhar-joelho)\, o que o doente também realizou sem dificuldade. Não conseguiu realizar quaisquer destes movimentos com o membro superior e inferior esquerdos.

## **2.4- Sensibilidade**

### **2.4.1- Superficial:**

1-Térmica: Avaliação realizada com dois recipientes com SF frio (cerca de 10º) e quente (cerca de 39º). A avaliação foi realizada em todos os dermatômos, em ambos os hemisférios, enquanto o utente conservava os olhos fechados.

**Resultado:** Ausência de sensibilidade térmica em todo o hemisfério esquerdo, exceto ombro, pescoço e face esquerdos onde a mesma sensibilidade está diminuída.

2-Tátil: Foi avaliada com um roçar de compressa usando a mesma metodologia da avaliação anterior.

**Resultado:** Igual ao anterior

3- Dolorosa: Foi avaliada com a picada ligeira de uma agulha subcutânea da mesma forma que decorreram as avaliações anteriores.

**Resultado:** Igual ao anterior

#### 2.4.2- Profunda:

1-Postural: Foi solicitado ao utente que fechasse os olhos e identificasse segmentos que estavam a ser mobilizados e/ou tocados mas o utente não identifica nenhum dos segmentos à esquerda, exceto ombro, pescoço e face. À direita sem qualquer alteração.

2-Vibratória: Não foi efetuada por não existir diapasão disponível.

### 2.5- Equilíbrio

O utente apresenta equilíbrio estático e dinâmico eficaz, sentado na cama com olhos fechados. Por apresentar uma marcha não eficaz não foi testado o equilíbrio na posição de pé.

### 2.6- Marcha

O utente realiza marcha hemiparética com andarilho e tala de braces na tibiotársica esquerda. A marcha é pouco eficaz e com instalação rápida de cansaço.

## 3- PLANO DE CUIDADOS

O Plano de Cuidados foi elaborado tendo por base a avaliação realizada no início do estágio e o modelo teórico de Nancy Roper, adotado no CMRA. O intervalo considerado foi de 30/9 a 31/10/2014.

Nº	INÍCIO	PROBLEMAS REAIS E/OU POTENCIAIS	FIM	OBJETIVOS	INÍCIO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	FIM	AValiação
1	30/9	AVD: <b>Manter um ambiente seguro</b> Alterações: - Risco de queda		-Promover um ambiente seguro  - Diminuir o risco de queda	30/9  30/9  30/9  30/9  27/10  27/10	- Avaliação quinzenal do risco de quedas (escala de Morse);  - Subida das grades da cama;  - Explicação dos procedimentos de segurança;  - Ajuda parcial nas transferências, com apoio da tibiotalárica esquerda;  - Colocação da tala de Braces na tibiotalárica esquerda;  - Supervisão nas transferências.	27/10	- Avaliação da escala de Morse: Histórico de quedas: 0 Diagnóstico secundário: 15 Ajuda na mobilização: 0 Dificuldade em usar o sanitário: 20 (30/9 e 15/10), 10 (31/10) Marcha: 10 Estado Mental: 0 TOTAL dia 30/9=30 (médio risco); dia 15/10=30 (médio risco); dia 31/10=10 (baixo risco).  - Pelas atividades desenvolvidas o utente não apresentou qualquer episódio de queda.  - O utente apresenta dificuldade nas transferências por instabilidade da tibiotalárica esquerda (MIF=3).  - 27/10: Após colocação da tala de Braces na tibiotalárica esquerda, o utente consegue realizar a transferência da cadeira de rodas para a cama/sanita e vice-versa, apenas com supervisão (MIF=5).
2		AVD: <b>Comunicação</b>		- Promover a verbalização da ansiedade	30/9	- Incentivo à verbalização da ansiedade;		- O utente apresenta uma atitude mais positiva e mais relaxada após verbalizar os seus receios em relação à sua vida profissional, possibilidade de conduzir e manter o funcionamento da sua empresa.

							<ul style="list-style-type: none"> <li>- O utente reage positivamente às técnicas de comunicação utilizadas e consegue controlar com mais eficácia os períodos de labilidade emocional.</li> <li>- Reunião de família realizada no dia 29/10 onde foi anunciada a data de alta para 12/11: compareceram à reunião a esposa e a cunhada que revelaram alguma preocupação em relação à continuidade da fisioterapia no domicílio, a Assistente Social combina informar-se sobre locais perto do domicílio onde realizam fisioterapia pelo SNS; o Sr. A. A. revela preocupação e desagrado em relação à falta de funcionalidade do membro superior, refere que preferia não ter alta já e pergunta sobre a possibilidade de novo internamento. O médico assistente valida essa possibilidade e combina consulta no próximo mês, refere possibilidade de administração de toxina botulínica. A enfermeira do serviço de AVD refere os produtos de apoio recomendados: banco de banho, cadeira de rodas e cadeira de baloiço. São fornecidos conselhos sobre a utilização dos mesmos produtos de apoio.</li> </ul>
						<p>- Utilizar técnicas de comunicação como a escuta ativa, a reformulação, a empatia e a clarificação na relação terapêutica com o utente;</p> <p>- Envolvimento da família no plano da alta;</p> <p>- Participar na reunião de família em conjunto com o utente, família e equipa multidisciplinar.</p>	29/10
						<p>- Promover a expressão das emoções e sentimentos</p>	30/9
						<p>- Ansiedade relacionada com a reintegração profissional</p> <p>- Labilidade emocional</p>	30/9
3						<p>AVD: <b>Respiração</b></p> <p>Alterações:</p> <p>- Hipertensão arterial não</p>	30/9
						<p>- Vigiar a Tensão Arterial e restantes sinais vitais</p>	30/9
						<p>- Avaliação e registo de sinais vitais: Temperatura, Tensão Arterial, Pulso, Frequência Respiratória e saturação de O<sub>2</sub>;</p>	

	30/9	controlada	- Risco de edemas nos membros inferiores por posição de sentado por longos períodos		- Vigiar a presença de edemas nos membros inferiores	30/9	- Vigilância da presença de edemas nos membros inferiores (mais ênfase no membro inferior esquerdo).		- O utente apresenta um discreto edema maleolar à esquerda sendo inexistente à direita; após período de repouso noturno o edema regredia na totalidade; foi aconselhado a fazer pequeno período de repouso durante o dia que não cumpriu.
4	30/9	AVD: <b>Alimentação</b> Alterações:  - Risco de padrão alimentar incorreto		- Promover uma alimentação adequada  - Promover a independência nas refeições	30/9	- Explicação sobre a vantagem de hábitos alimentares saudáveis com reforço proteico e calórico para compensar o gasto energético da fisioterapia diária e restrição de sal por HTA;  - Ajuda parcial no fracionamento dos alimentos de forma a ser possível a alimentar-se apenas com o membro superior direito.	- Explicação sobre a necessidade de controlar a ingestão de sal e de fazer reforço proteico, ao qual o utente reagiu positivamente: à refeição alimenta-se de dieta geral e ingeria a sopa e legumes da salada, segundo prato e faz restrição salina;  - Por manter membro superior esquerdo não funcional, o utente mantém a necessidade de ajuda parcial no fracionamento dos alimentos (MIF=3).		- Ensino sobre a necessidade de controlar a ingestão de sal e de fazer reforço proteico, ao qual o utente reagiu positivamente: à refeição alimenta-se de dieta geral e ingeria a sopa e legumes da salada, segundo prato e faz restrição salina;  - Por manter membro superior esquerdo não funcional, o utente mantém a necessidade de ajuda parcial no fracionamento dos alimentos (MIF=3).
5	30/9	AVD: <b>Eliminação</b> Alterações:  - Risco de complicações no uso do WC		- Diminuir o risco de complicações no uso de WC	30/9  30/9  30/9  20/10	- Registo das características da urina;  - Registo das características das fezes eliminadas;  - Ajuda parcial do uso da sanita por risco de queda;  - Supervisão no uso da sanita	- O utente apresenta controlo esfinteriano vesical e intestinal desde o início do internamento (MIF=7).  - Por instabilidade da tibiotársica esquerda o utente necessita de ajuda parcial na transferência para a sanita (MIF=3).  - Após estabilização da tibiotársica esquerda com tala de Braces, o utente passa a necessitar apenas de supervisão no uso da sanita (MIF=5).	29/10	- O utente apresenta controlo esfinteriano vesical e intestinal desde o início do internamento (MIF=7).  - Por instabilidade da tibiotársica esquerda o utente necessita de ajuda parcial na transferência para a sanita (MIF=3).  - Após estabilização da tibiotársica esquerda com tala de Braces, o utente passa a necessitar apenas de supervisão no uso da sanita (MIF=5).

	30/9	<p><b>AVD:</b> <b>Higiene Pessoal e vestir-se</b></p> <p><b>Alterações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependência parcial na higiene e no vestir-se</li> <li>- Risco de Úlceras de pressão</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a higiene, o conforto e o bem-estar</li> <li>- Diminuir o grau de dependência nos cuidados de higiene e no vestir-se</li> <li>- Manter a integridade cutânea</li> </ul>	30/9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino de AVD: vestuário, higiene, transferências;</li> <li>- Supervisão do banho de chuveiro por risco de queda;</li> <li>- Vigilância diária da integridade cutânea (atenção especial no hemicorpo esquerdo);</li> <li>- Avaliação quinzenal do risco de Úlceras de Pressão (Escala de Braden)</li> <li>- Ensino sobre técnicas de alívio de pressão na posição de sentado (<i>Push up</i> e lateralização do tronco) e sobre a alternância de decúbitos na posição de deitado;</li> <li>- Utilização de dispositivos de alívios de pressão (almofadas para o assento da cadeira de rodas).</li> <li>- Ensino sobre medidas preventivas de Úlceras de Pressão e da importância de uma ingestão proteica e da hidratação adequadas.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- O utente mantém as visitas diárias ao serviço de AVD para treino de AVD. No treino de vestuário e higiene mantêm-se independente, no treino de transferência passou de ajuda parcial para supervisão (MIF=3 passou para MIF=5).</li> <li>- Apesar do utente ser independente na higiene, mantêm-se supervisão no duche de chuveiro por risco de queda (MIF=5).</li> <li>- Foi realizada vigilância diária da integridade cutânea do hemicorpo esquerdo por ausência total de sensibilidade e por manter locomoção em cadeira de rodas que obriga a períodos longos sentado. O utente é independente na alternância de decúbitos. O utente mantém a pele íntegra desde o início do internamento.</li> <li>- Avaliação da escala de Braden:  Percepção Sensorial: 3 Humidade: 4 Atividade: 3 Mobilidade: 3 Nutrição: 3 Fricção e Forças de Deslizamento: 2 TOTAL 18 – Baixo Risco dia 30/9=18; dia 15/10=18; dia 31/10=18.</li> <li>- O utente realiza técnicas de alívio de pressão na posição de sentado na cadeira de rodas e foi colocada na cadeira uma almofada de ar.</li> </ul>
--	------	--	--	---	------	--	--	--



7	AVD: <b>Controle da temperatura corporal</b>	Sem alterações					
8				30/9	- Treino do equilíbrio estático e dinâmico;  - Ajuda parcial na transferência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa;	27/10	- Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico diário com utente sentado no leito e mãos apoiadas na base da cama; inicialmente com os olhos abertos e posteriormente com os olhos fechados; o utente apresenta equilíbrio eficaz desde o início do estágio.
				30/9	- Ajuda parcial na alternância de decúbitos;	15/10	- O utente realiza as transferências com ajuda parcial, existindo a necessidade de acompanhar o movimento de rotação para a transferência de cama/cadeira de rodas/sanita estabilizando a tibiotársica esquerda com o pé do enfermeiro (MIF=3).
				30/9	- Atividades terapêuticas: facilitação cruzada, automobilização dos membros superiores, posição de gancho, ponte;		- O utente tolera o decúbito lateral direito e esquerdo e decúbito dorsal; por baixa força muscular no lado hemiplégico, apresenta mais dificuldade em realizar o decúbito lateral direito.
				30/9	- Posicionar em padrão anti-espástico: no leito, durante as mobilizações e atividades terapêuticas e durante a posição de sentado na cadeira de rodas;		- Foi utilizada a facilitação cruzada por colocar a mesa-de-cabeceira do lado esquerdo assim como a cadeira de rodas; a televisão também está posicionada do lado esquerdo;
				30/9	- Mobilizações dos segmentos do hemicorpo esquerdo: passivas, ativas-assistidas e ativas;		- O utente realiza corretamente as atividades terapêuticas: automobilizações; posição de gancho, ponte, rolar para o lado hemiplégico e rolar para o lado são;
				30/9	- Colocação de base de apoio transparente na cadeira de rodas para posicionamento do membro		
				30/9	- Promover o equilíbrio e autonomia na mobilização em cadeira de rodas		
				30/9	- Prevenir alterações músculo-esqueléticas		
8	AVD: <b>Mobilidade</b>						
	Alterações:						
	- Padrão de mobilidade comprometido						
8	- Risco de alterações músculo-esqueléticas e posturais						
	- Hemiplegia esquerda espástica						

					superior esquerdo;		<ul style="list-style-type: none"> <li>- O utente tolera o posicionamento em posição anti-espástica em decúbito dorsal e foi colocada na cadeira de rodas uma meia-mesa de trabalho transparente para o correto posicionamento do membro superior esquerdo em posicionamento anti-espástico.</li> </ul>
				30/9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicação de tala pneumática durante 30 minutos no membro superior esquerdo no turno da tarde</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10/10 O utente faz 30 minutos diários de cadeira de baloiço no serviço de AVD para estimulação proprioceptiva do membro inferior esquerdo;</li> </ul>
				10/10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimulação proprioceptiva do hemicorpo esquerdo (cadeira de baloiço 30 m diários);</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilizações passivas realizadas no membro superior esquerdo: flexão e rotação interna/externa do ombro, supinação, flexão/extensão, desvio radial e cubital do punho, flexão/extensão, adução/abdução dos dedos, oponência do polegar.</li> </ul>
				27/10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização de tala de estabilização na articulação da tibio-társica esquerda;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>27/10: O utente realiza mobilizações ativas-assistidas na flexão, extensão, abdução e adução do ombro, flexão e extensão do cotovelo.</li> </ul>
				27/10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supervisão nas transferências para cadeira de rodas, cama e sanita;</li> </ul>		
				30/10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização de tala para posicionamento anti-espástico do membro superior.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilizações passivas do membro inferior esquerdo: rotação externa e interna da coxo-femural, flexão/extensão e eversão/inversão da tibiotársica</li> <li>15/10: O utente realiza mobilizações ativas assistidas na flexão, extensão, adução e abdução da coxo-femural e flexão e extensão do joelho.</li> <li>- 15/10: O utente fica independente nas alternâncias de decúbito no leito.</li> </ul>

																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	</
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

	30/9	Alterações:  - Afastamento da convivência íntima e diária com a esposa e filhos (internado desde Agosto)			24/10	- Organizar as saídas de fim-de-semana.		deixar de ser o provedor da família como chefe da família.  - 24/10: Preparada a primeira saída de fim-de-semana do utente: transmite-se ao utente e família informação sobre medidas de segurança básicas, preparam-se ajudas técnicas necessárias para o fim-de-semana (tábua de banho, almofada de assento para a cadeira de rodas, tala de braces, etc) faz-se kit de medicação e realiza-se o transporte do utente para o carro.
11		AVD: Sono	Sem alterações					
12	30/9	AVD: Morte Alterações:  - Projeto de vida comprometido	- Promover a expressão de receios em relação à vida futura  - Prevenir complicações	30/9	30/9	- Incentivo à verbalização de medos e receios em relação ao futuro;	- O utente não apresenta dificuldade na verbalização dos seus receios quando mostramos disponibilidade para o ouvir mas não fala espontaneamente no assunto. Apresenta tristeza pela pouca evolução da mobilidade e sensibilidade do membro superior.	- Utente mais consciente da necessidade de controlar a TA e outros fatores de risco associados ao AVC.
	30/9	- Ensino sobre medidas preventivas de complicações						
	20/10	- Explicação sobre seguimento do utente em consulta						



5º CURSO DE MESTRADO  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM **ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

UNIDADE CURRICULAR:  
**Estágio com Relatório**

**PROCESSO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 3**

**Docente Orientador:** Joaquim Paulo Oliveira

**Enfermeiras Especialistas Orientadoras:** [REDACTED]

**Discente:** Eunice Rosendo (5484)

Lisboa  
Janeiro, 2015

## SUMÁRIO

f

<b>1- COLHEITA DE DADOS .....</b>	<b>2</b>
1.1- Antecedentes pessoais .....	2
1.2- Avaliação inicial de Ensino Clínico .....	3
1.3- Escalas de avaliação .....	3
1.3.1- Índice de Barthel .....	4
1.3.2- Escala de Braden .....	5
1.3.3- Escala de Morse .....	6
<b>2- EXAME NEUROLÓGICO .....</b>	<b>8</b>
2.1- Consciência .....	8
2.2- Motricidade .....	9
2.2.1- Força Muscular .....	9
2.2.2- Tônus Muscular .....	10
2.3- Sensibilidade .....	10
2.4- Equilíbrio .....	10
2.5- Marcha .....	10
<b>3- PLANO DE CUIDADOS .....</b>	<b>11</b>

# 1- COLHEITA DE DADOS

## 1.1- Antecedentes Pessoais

A D. I. tem 80 anos, é viúva (marido faleceu há cerca de 2 anos) e teve 3 filhos. Um dos filhos faleceu há cerca de 25 anos com SIDA. Como atividade laboral desempenhou funções como administrativa numa escola secundária. Atualmente vive com uma cuidadora remunerada e com um dos filhos. Apresenta antecedentes pessoais de hipertensão arterial, arritmia e hipercolesterolémia. Teve vários internamentos hospitalares que descrevo em seguida:

- **1983-2005:** Foi submetida a 4 cirurgias por meningioma vertebral. Na última cirurgia ficou com paraplegia incompleta flácida sensitivo-motora, nível neurológico (NN) D2 à esquerda e NN D4 à direita, espasticidade grau 0 nos membros superiores e grau 2 nos membros inferiores, força muscular grau 5 nos membros superiores e grau 0 nos membros inferiores, sensibilidade dolorosa e tátil mantida.
- Durante o ano de **2005** teve 2 internamentos no CMRA, o primeiro com a duração de 5 meses e um segundo internamento mais curto. Foi transferida para o domicílio independente a nível da deambulação em cadeira de rodas (CR), parcialmente dependente na higiene (vestuário metade inferior) e transferências. Realizava treino intestinal em dias alternados. A utente adquiriu as seguintes ajudas técnicas: CR de liga leve, almofada anti-escaras, luvas para condução, pinça alcançadora, cadeira sanitária, cama articulada, espirómetro de incentivo e faixa de contenção abdominal.
- **2007:** Foi submetida a nefrectomia esquerda por tumor no CVP. Durante este internamento sofreu uma queda da qual resultou fratura colo fémur esquerdo (não foi operada).
- **2013:** internada no HFF por AVC/AIT ? isquémico- não existe relatório descritivo.

Em Janeiro de 2011 foi admitida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) com os seguintes diagnósticos/objetivos: Risco de Pressão

(UP), Risco de queda, Estimular Autocuidado e Mobilização articular passiva, Adesão regime terapêutico. Nesta data apresentava um Índice de Barthel de 20.

Na altura da sua admissão na RNCCI recusou o programa de Reabilitação proposto pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), aceitando apenas os cuidados relativos à algaliação, tratamento de feridas e algumas intervenções de Enfermagem de Reabilitação.

## **1.2-Avaliação inicial de Ensino Clínico**

A D. I. apresenta-se consciente, lúcida e orientada. Quando questionada responde de forma reservada, com respostas fechadas e curtas. Tem a visita/telefonema diários dos 2 filhos e comove-se quando fala do filho que faleceu. Fala com alegria dos netos e bisnetos. Não menciona o marido nas conversas.

A utente mantém recusa do programa de reabilitação e nos últimos 6 meses ficou progressivamente mais restrita ao quarto e à cama. Recusa ser transferida para cadeira de rodas, para além dos poucos minutos necessários para fazer a cama. Apresenta ferida a nível isquiático esquerdo (drenagem de quisto sebáceo) com aproximadamente 3 cm de diâmetro e é realizado penso diário com *Aquacel Ag* e penso hidrocolóide de espuma. Restante pele permanece íntegra. Refere dor de intensidade oscilante a nível da anca direita e grelha costal posterior esquerda e faz terapêutica oral prescrita em SOS pelo médico assistente. Aponta a dor como um dos fatores que a impede de fazer transferência para a CR.

## **1.3- Escalas de Avaliação**

A necessidade de medir o impacto da doença no indivíduo levou à criação de escalas, que são instrumentos de avaliação clínica em que um ou vários itens são pontuados de forma a criar um sistema de medida. A utilização de escalas possibilita a normalização da linguagem utilizada. Na UCC Cacém Care utilizam-se várias escalas na prática de enfermagem: Índice de Barthel, Escala de Morse (Risco de



quedas), Braden (Risco de úlceras de Pressão) e Glasgow (estado de consciência), pelo que a avaliação da utente foi realizada com recurso às mesmas.

### 1.3.1- Índice de Barthel

O índice de Barthel, avalia o potencial funcional do indivíduo e mede o nível de independência em 10 atividades de auto cuidado. A pontuação é de zero, cinco, dez e quinze; a nota é proporcional à independência, quanto maior for a nota mais independente é o indivíduo. A pontuação máxima é 100 e, abaixo de 50 significa dependência.

A avaliação desta utente é realizada pela enfermeira de reabilitação uma vez por semana. A D. I. apresentou um índice de Barthel de 15, desde o início do período de Ensino Clínico.

Atividades (pontuação a azul):

#### **Higiene pessoal**

**0 =Necessita de ajuda com o cuidado pessoal**

5 =Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

#### **Evacuar**

**0 =Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)**

5 =Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 =Continente (não apresenta episódios de incontinência)

#### **Urinar**

**0 =Incontinente ou algaliado**

5 =Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 =Continente (por mais de 7 dias)

#### **Ir à casa de banho (uso de sanitário)**

**0 =Dependente**

5 =Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 =Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

#### **Alimentar-se**

0 =Incapaz

5 =Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

**10 =Independente (a comida é providenciada)**

### **Transferências (cadeira /cama)**

0 =Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

**5 =Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se**

10 =Pequena ajuda (verbal ou física)

15 =Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

### **Mobilidade (deambulação)**

**0 =Imobilizado**

5 =Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 =Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 =Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

### **Vestir-se**

**0 =Dependente**

5 =Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 =Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

### **Escadas**

**0 =Incapaz**

5 =Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 =Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

### **Banho**

**0 =Dependente**

5=Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

**Total (0 - 100): 15**

### **1.3.2- Escala de Braden**

A escala de Braden é constituída por seis dimensões: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Todas as dimensões contribuem para o desenvolvimento de Úlceras de Pressão (UP). As dimensões estão ponderadas de 1 a 4, exceto a última que se encontra ponderada de 1 a 3. Recomenda-se que cada uma das seis subescalas deva ser analisada individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma. O score pode variar entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais

baixo risco), pelo que quanto maior for a pontuação menor o risco, e vice-versa. O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:

- Alto Risco – Pontuação <16
- Baixo Risco – Pontuação ≥ 17

<b>PERCEPÇÃO SENSORIAL</b> Capacidade de reação significativa ao desconforto	1.Totalmente limitado	<b>2. Muito limitado</b>	3.Ligeiramente limitado	4.Nenhuma limitação
<b>HUMIDADE</b> Nível de exposição da pele à humidade	1.Contantemente húmida	2.Muito húmida	<b>3.Ocasionalmente húmida</b>	4.Raramente molhada
<b>ATIVIDADE</b> Nível de atividade física	<b>1.Acamado</b>	2.Sentado	3.Andar ocasionalmente	4.Andar frequentemente
<b>MOBILIDADE</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1.Totalmente imóvel	<b>2.Muito limitada</b>	3.Ligeiramente limitada	4.Nenhuma limitação
<b>NUTRIÇÃO</b> Alimentação habitual	1.muito pobre	<b>2.Provavelmente inadequado</b>	3.Adequado	4.Excelente
<b>FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO</b>	1.Problema	<b>2.Problema em potencial</b>	3.Nenhum problema	

Pontuação (azul): **12** (score mantido desde o início do Ensino Clínico)

### 1.3.3- Escala de Morse

Um dos instrumentos mais citados na literatura para avaliação do risco de quedas é a escala de morse. A escala é composta por seis parâmetros que resultam numa pontuação que oscila entre 0 e 125 pontos. De acordo com a pontuação obtida o utente é classificado num dos três níveis de risco: sem risco, baixo risco e alto risco.

**Avaliação** (pontuação a azul):

**1. História de quedas** (últimos 3 meses)      **não - 0**      **sim - 20**

**2. Diagnósticos médicos** (> 2 patologias)      **não - 0**      **sim - 15**

**3. Ajuda na marcha**

**Nenhuma / Ajuda cuidador / acamado** \_\_\_\_\_ **0**

Bengala / canadiana / andarilho \_\_\_\_\_ **15**

Apoio nos móveis \_\_\_\_\_ **20**

**4. Terapêutica i.v. ou cateter permanente** \_\_\_\_\_ **20**

**5. Marcha**

**Normal / cadeira de rodas / acamado** \_\_\_\_\_ **0**

Com dificuldade, mas sem ajuda \_\_\_\_\_ **10**

Incapaz, sem ajuda \_\_\_\_\_ **20**

**6. Estado mental**

**Orientado** \_\_\_\_\_ **0**

Dificuldade de orientação \_\_\_\_\_ **15**

**Score: 15**

**Classificação do nível de risco**

- **0 – 24: sem risco**
- **25 – 50: baixo risco**
- **> 50: alto risco**

**Recomendações**

**Nenhuma**

Implementar precauções padronizadas contra quedas

Implementar intervenção para prevenção de alto risco de quedas

## 2- EXAME NEUROLÓGICO

### 2.1- Consciência

O nível de consciência é considerado como o grau de alerta comportamental apresentado pelo indivíduo, existindo uma grande possibilidade de variação deste parâmetro entre utentes diferentes. Neste contexto, a equipa de saúde multidisciplinar recorre frequentemente à utilização de escalas neurológicas que permitem a padronização da linguagem utilizada de forma a acompanhar a evolução do nível de consciência da pessoa. Uma das escalas mais utilizadas com este fim é a Escala de Glasgow.

A escala de coma de Glasgow foi publicada oficialmente em 1974 por Graham Teasdale e Bryan J. Jennett, professores de neurologia na University of Glasgow como uma forma de avaliar a profundidade e duração clínica de inconsciência e coma. A escala é composta por 3 parâmetros. A facilidade e rapidez da sua aplicação foram determinantes para a sua generalização entre profissionais de saúde.

A D. I. apresenta um score na escala de Glasgow de 15 (avaliação a azul).

Escala de Coma de Glasgow	
<b>Melhor resposta verbal</b>	
Nenhuma	1
Sons incompreensíveis	2
Palavras inadequadas	3
Confusa	4
<b>Orientada</b>	<b>5</b>
<b>Abertura dos olhos</b>	
Nenhuma	1
Resposta à dor	2
Resposta à fala	3
<b>Espontânea</b>	<b>4</b>
<b>Melhor resposta motora</b>	
Nenhuma	1
Descerebração (extensão anormal dos membros)	2
Decorticação (flexão anormal dos membros superiores)	3
Retirada	4
Localiza o estímulo doloroso	5
<b>Obedece ao comando verbal</b>	<b>6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

## 2.2- Motricidade

### 2.2.1- Força Muscular

Foi avaliada pela escala de Lower, em que é utilizada a força e a resistência do profissional como valor de referência.

A nível da cabeça, pescoço e membros superiores, a D. I. apresenta uma força muscular de 4/5. A avaliação da força muscular dos membros inferiores está descrita no quadro seguinte.

		Flexão	Extensão	Adução	Abdução.	Rotação Interna	Rotação Externa	Inversão	Eversão
Dedos do pé	dto	2/5	2/5	-	-	-	-	-	-
	esq	2/5	2/5	-	-	-	-	-	-
Tíbio Társica	dto	2/5	2/5	-	-	-	-	0/5	0/5
	esq	1/5	1/5	-	-	-	-	0/5	0/5
Joelho	dto	0/5	0/5	-	-	-	-	-	-
	esq	0/5	0/5	-	-	-	-	-	-
Coxo Femoral	dto	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5	-	-
	esq	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5	0/5	-	-

### Escala de Lower:

**5/5** – Movimento normal contra gravidade e resistência;

**4/5** – Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;

**3/5** – Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência;

**2/5** – Tem movimento das extremidades mas não contra gravidade, consegue mover o membro na base da cama;

**1/5** – Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento;

**0/5** – Sem contração muscular e sem movimento

### 2.2.2- Tônus muscular

Foi avaliado pela palpação dos grupos musculares e pela realização de mobilizações passivas em todos os segmentos dos membros inferiores. Na palpação constatou-se hipotonicidade de todos os grupos musculares de ambos os membros inferiores. Na mobilização passiva verificou-se flacidez com ausência de resistência no arco do movimento.

#### Escala de *Ashworth* modificada:

- 0 – Não há aumento do tônus muscular;
- 1 – Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado pelo apanhar e largar ou por uma resistência mínima no final do arco de movimento;
- 1<sup>+</sup> – Ligeiro aumento no tônus muscular, manifestado pelo apanhar/largar, seguido de uma resistência mínima (antes de metade do restante do arco de movimento);
- 2 – Aumento do tônus mantido mais marcado na quase totalidade do arco de movimento, mas consegue-se mobilizar facilmente os segmentos lesados;
- 3 – Aumento considerável do tônus muscular com mobilização passiva difícil;
- 4 – Os segmentos afetados apresentam rigidez na flexão ou na extensão (abdução ou adução), etc.

### 2.3- Sensibilidade

A utente apresenta sensibilidade mantida acima do nível da lesão. Abaixo do nível da lesão apresenta sensibilidade tátil e dolorosa diminuídas e sensibilidade postural conservada.

### 2.4- Equilíbrio

A utente apresentava equilíbrio estático e dinâmico mantido, na posição de sentada. No entanto, nos últimos meses refere mal-estar e vertigens quando assume a posição de sentada na cama. Esta sintomatologia é compatível com uma má tolerância ao ortostatismo e não com a perda de equilíbrio e está possivelmente associada à renitência da utente em transferir-se para a posição de sentada em CR.

### 2.5- Marcha

A utente apenas poderá deambular em cadeira de rodas, o que recusa realizar.

### **3- Plano de Cuidados**

O Plano de Cuidados foi elaborado com o objetivo de salientar as intervenções de Enfermagem de Reabilitação e segue a linguagem do Modelo Teórico de Nancy Roper. O intervalo considerado foi o de 1/12/2014 a 13/1/2015.



N	INÍCIO	PROBLEMAS REAIS E/OU POTENCIAIS	FIM	OBJETIVOS	INÍCIO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	FIM	AValiação
1	1 /12 /14	AVD: <b>Manter um ambiente seguro</b>  Alterações:  - Risco de queda		-Promover um ambiente seguro  - Diminuir o risco de queda	1 /12 /14	- Avaliação semanal do risco de quedas (escala de Morse);  - Explicação dos procedimentos de segurança;  - Ensino nas transferências à utente e cuidadores.		- <b>Avaliação da escala de Morse: 15</b> (valor mantido em todas as avaliações desde o início do ensino clínico); apesar da avaliação sugerir não existir risco de queda, levou-se em consideração um episódio de queda ocorrido no internamento no CVP, pelo que foram mantidas as explicações de medidas de segurança à utente e cuidadora.  - Pelas atividades desenvolvidas a utente não apresentou qualquer episódio de queda no domicílio.
2	1 /12 /14	AVD: <b>Comunicação</b>  Alterações:  - Recusa em aceitar o programa de reabilitação sugerido  - Ansiedade relacionada com o seu estado de saúde		- Garantir o respeito pela autonomia da utente    - Promover a verbalização de sentimentos e emoções	1 /12 /14	- Validação com a utente do respeito pela sua decisão respeitante à recusa das intervenções sugeridas no Programa de Reabilitação;  - Explicação sobre as implicações da recusa das intervenções sugeridas;  - Incentivo à verbalização da ansiedade com a equipa de saúde, cuidadora e filhos;  - Utilizar técnicas de comunicação como a escuta ativa, a reformulação, a empatia e a		- A utente mantém recusa das intervenções sugeridas apesar da explicação sobre as vantagens de seguir o Programa de Reabilitação sugerido.  - A utente mantém renitência em verbalizar o seu estado emocional, a menos que seja questionada sobre o que a preocupa.  - 16/12: Após a utilização de técnicas de comunicação como a clarificação, a empatia e a escuta ativa, a utente apresenta uma maior disposição para partilhar as suas angústias e preocupações; falou sobre a morte do

							filho, preocupações da filha, questões relacionadas com os netos, etc.
3	1 /12 /14	<p><b>AVD: <i>Respiração</i></b></p> <p>Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertensão arterial não controlada</li> <li>- Alteração ventilatória tipo restritiva</li> <li>- Risco de alterações hemodinâmicas por LM</li> <li>- Risco de episódio de disreflexia autônoma (DA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar a Tensão Arterial e restantes sinais vitais</li> <li>- Prevenir complicações respiratórias</li> <li>- Prevenir episódios de DA</li> </ul>	1 /12 /14	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação e registo de sinais vitais: Temperatura, Tensão Arterial, Pulso, Frequência Respiratória;</li> <li>- Realização de Reeducação funcional respiratória: dissociação dos tempos respiratórios; reeducação abdominodiafragmática e costal, manobras acessórias: vibrocompressão e percussão;</li> <li>- Incitamento ao uso do espirómetro de incentivo;</li> <li>- Ensino sobre sinais e sintomas da DA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nos últimos meses a utente apresenta a TA mais controlada e dentro de parâmetros normais, último valor =136/68.</li> <li>- A utente colabora com os exercícios e mantém-se sem complicações respiratórias.</li> <li>- A utente não colabora no uso do espirómetro de incentivo, apesar de ter sido realizado ensino sobre a forma e a importância da sua utilização.</li> <li>- A utente nunca apresentou qualquer episódio de DA, foi realizado ensino sobre esta possível complicação.</li> </ul>	
4	1 /12 /14	<p><b>AVD: <i>Alimentação</i></b></p> <p>Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risco de padrão alimentar incorreto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover uma alimentação adequada</li> <li>- Promover a independência nas refeições</li> </ul>	1 /12 /14	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicação sobre a vantagem de hábitos alimentares saudáveis com reforço proteico e calórico para a manutenção de força muscular e autonomia nas AVDs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 9/12: A cuidadora refere que a utente alimenta-se bem e com apetite, apesar disso, apresenta adinamia e astenia mais acentuadas nos últimos meses.</li> </ul>	

5	<p><b>AVD: <i>Eliminação</i></b></p> <p>Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Padrão de eliminação vesical comprometido</li> <li>- Padrão de eliminação intestinal comprometido</li> <li>- Risco de infecção urinária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um padrão de eliminação vesical eficaz</li> <li>- Promover um padrão de eliminação intestinal eficaz</li> <li>- Promover a independência do utente na eliminação</li> <li>- Diminuir o risco de infecção urinária</li> </ul>	<p>1 /12 /14</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilância das características da urina;</li> <li>- Ensino à utente e cuidadora sobre os cuidados necessários à cateterização vesical;</li> <li>- Mudança de algália e saco coletor segundo as normas estabelecidas;</li> <li>- Vigilância por questionar a utente e a cuidadora sobre a frequência da eliminação intestinal, quantidade e características das fezes eliminadas;</li> <li>- Vigilância de timpanismo e distensão abdominal;</li> <li>- Ensino sobre a necessidade de reforço hídrico na manutenção de um padrão de eliminação vesical e intestinal eficazes.</li> </ul>	<p>29/10</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A utente apresenta urina turva e com sedimento, com frequência faz Infecções do Trato Urinário (última ITU: Novembro/2014).</li> <li>- A mudança de algália é realizada uma vez por mês (última algaliação: 13/1/15).</li> <li>- A utente mantém hábitos intestinais regulares, segundo a cuidadora, evacua habitualmente de 2/2 dias (abandonou treino intestinal com supositório).</li> <li>- O abdómen mantém-se mole, depressível e sem dor.</li> <li>- A utente preocupa-se com o reforço hídrico, segundo a mesma, e na sua mesinha de cabeceira encontram-se 3-4 garrafas de água de 330ml para ingestão diária.</li> </ul>
6	<p><b>AVD: <i>Higiene Pessoal e vestir-se</i></b></p> <p>Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependência parcial na higiene e no vestir-se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a higiene, o conforto e o bem-estar</li> <li>- Diminuir o grau de dependência nos cuidados de higiene e no vestir-se</li> </ul>	<p>1 /12 /14</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino de AVD: vestuário, higiene, transferências;</li> <li>- Vigilância da integridade cutânea;</li> <li>- Monitorização semanal do risco de UP (Escala de Braden);</li> <li>- Ensino sobre a alternância de decúbitos na posição de deitado e as vantagens de períodos na posição de sentado;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- A utente mantém-se dependente na higiene, parcialmente dependente no vestuário e recusa realizar transferência para CR.</li> <li>- Avaliação da escala de Braden: 12 (alto risco) em todas as avaliações, durante o período já decorrido de ensino clínico.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Risco de Úlceras de Pressão (UP)</li><li>- Ferida isquiática esquerda (drenagem de quisto sebáceo)</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>- Manter a integridade cutânea</li><li>- Promover a cicatrização de ferida isquiática esquerda</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>- Incentivo à utilização de dispositivos de alívios de pressão (protecção de calcâneos, almofadas para posicionamento, etc.);</li><li>- Ensino sobre medidas preventivas de UP e da importância de uma ingestão proteica e da hidratação adequadas;</li><li>- Execução de penso à ferida segundo prescrição (<i>Aquacel/ Ag</i> e penso hidrocoloide de espuma).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- A utente posiciona-se no leito com ajuda parcial e faz uso de almofadas de posicionamento e protecção de calcâneos.</li><li>- 13/1/15: A utente mantém-se sem UP.</li><li>- 9/12/14: Ferida isquiática esquerda com leito com tecido desvitalizado (2-3 cm) - Penso realizado com <i>Aquacel/ Ag</i> e penso hidrocoloide de espuma.</li><li>- 13/1/15: Ferida isquiática esquerda com leito com tecido de granulação e bordos em vias de cicatrização (2cm - Penso realizado com <i>aquacel Ag</i> e penso hidrocoloide de espuma).</li></ul>		
7		<b>AVD: <i>Controlo da temperatura corporal</i></b>		Sem alterações					
8	<div>1 /12 /14</div>	<b>AVD: <i>Mobilidade</i></b>  Alterações:  - Padrão de mobilidade comprometido	<div>1 /12 /14</div>  <ul style="list-style-type: none"><li>- Promover o equilíbrio e autonomia na mobilização em cadeira de rodas</li><li>- Prevenir alterações músculo-esqueléticas</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>- Treino do equilíbrio estático e dinâmico;</li><li>- Incentivo ao levantar para a CR;</li><li>- Execução da técnica de excitação muscularticular ativa-assistida;</li><li>- Execução da técnica de excitação muscularticular passiva;</li><li>- Incentivo à utente para a automobilização ativa;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 9/12/14: Realizado treino de equilíbrio estático com a utente sentada no leito com mãos apoiadas na base da cama; a utente apresenta equilíbrio pouco eficaz e recusa levantar para a CR.</li><li>- Em todas as visitas são realizadas as seguintes mobilizações ativas-assistidas dos membros inferiores: flexão/extensão dos dedos do pé direito e esquerdo e flexão/extensão da tibiotársica esquerda.</li></ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risco de alterações músculo-esqueléticas e posturais</li> <li>- Recusa do Programa de Reabilitação sugerido</li> <li>- Dor à mobilização na anca direita e grelha costal esquerda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respeitar a autonomia da utente</li> <li>- Diminuir a intensidade da Dor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivo nos autopercebimentos;</li> <li>- Conversa com a utente sobre quais os exercícios que aceita dentro do programa de reabilitação sugerido;</li> <li>- Avaliação da intensidade da dor;</li> <li>- Ensino sobre a gestão da medicação prescrita para o controlo da dor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em todas as visitas são realizadas as seguintes mobilizações passivas nos membros inferiores: flexão/extensão dedos do pé, inversão e eversão do antepé, flexão/extensão da tibiotársica, flexão/extensão do joelho, flexão/extensão da coxo-femural, rotação interna/rotação externa da coxo-femural e adução/abdução da coxo-femural.</li> <li>- Mobilizações passivas realizadas nos membros inferiores: rotação externa e interna da coxo-femural, flexão/extensão e eversão/inversão da tibiotársica.</li> <li>- A utente posiciona-se com ajuda parcial no leito.</li> <li>- 13/1/15: a utente mantém a dor habitual com mais intensidade nesta visita, aconselha-se a toma de medicação prescrita em SOS antes dos exercícios de Reabilitação.</li> </ul>	
9 1 /12 /14	<b>AVD: Trabalho e Lazer</b>  Alterações:  - Restrição na participação de atividades sociais e de lazer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer as barreiras arquitetónicas e obstáculos diários da utente no domicílio</li> <li>- Incentivar a utente nas atividades sociais e de lazer</li> </ul>	1 /12 /14	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento das condições físicas do domicílio;</li> <li>- Sugestão à utente, filhos e cuidadora sobre a gestão das barreiras arquitetónicas do domicílio;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2/12/14: A utente reside num 3º andar sem elevador, o interior do apartamento encontra-se muito cheio de mobiliário que não é compatível com a deambulação em CR, a cama articulada da utente encontra-se junto à parede o que dificulta a prestação de cuidados, a disposição do quarto impede um livre acesso de CR.</li> </ul>

		(apartamento no 3º andar sem elevador)						- Incentivo à interação com familiares e amigos, especialmente ao fim de semana;  - Estímulo ao levantar e à deslocação para a sala para receber visitas e conviver.		- A utente e filhos mantem renitência à mudança da disposição de mobiliário no apartamento.  - A utente recusa levantar e interação na sala com familiares e amigos mas mantem contacto telefónico com filha e amigos.
1 0	1 /12 /14	<b>AVD: Expressão da sexualidade</b>  Alterações:  - Afastamento da convivência íntima e diária com o marido (falecido há cerca de 2 anos) e outras pessoas significativas	- Promover o convívio com filhos e outras pessoas significativas	1 /12 /14	- Estímulo à verbalização de medos e receios relacionados com a afetividade.		- A recusa da utente em sair da cama e do quarto serve de barreira à convivência social e afetiva, os contactos telefónicos são a única ponte com amigos e familiares para além dos filhos.			
1 1		<b>AVD: Sono</b>	Sem alterações							- A utente verbaliza pouco os receios sobre o futuro.  - A utente compreende a necessidade de manter algumas medidas a fim de evitar internamentos e complicações do seu estado de saúde, pelo que mantem os exercícios de treino motor e respiratório realizados pelas enfermeiras de Reabilitação.
1 2	1 /12 /14	<b>AVD: Morte Alterações:</b>  - Projeto de vida comprometido  - Risco de complicações, reinternamentos e agravamento do estado de saúde	- Promover a expressão de receios em relação à vida futura  - Prevenir complicações	1 /12 /14	- Incentivo à verbalização de medos e receios em relação ao futuro;  - Ensino sobre medidas preventivas de complicações.					



5º CURSO DE MESTRADO  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM **ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

UNIDADE CURRICULAR:  
**Estágio com Relatório**

**PROCESSO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 4**

**Docente Orientador:** Joaquim Paulo Oliveira

**Enfermeiras Especialistas Orientadoras:** [REDACTED]

**Discente:** Eunice Rosendo (5484)

Lisboa  
fevereiro, 2015

## SUMÁRIO

f

<b>1- COLHEITA DE DADOS</b>	3
1.1- Antecedentes pessoais	3
1.2- Avaliação inicial de Ensino Clínico	3
1.3- Escalas de avaliação	4
1.3.1- Índice de Barthel	5
1.3.2- Escala de equilíbrio de Berg	6
1.3.3- Escala de Morse	10
1.3.4- MAB	11
1.3.5- MMSE	15
<b>2- EXAME NEUROLÓGICO</b>	19
2.1- Consciência	19
2.2- Estado de Orientação	19
2.3- Motricidade	19
2.3.1- Força Muscular	19
2.3.2- Tônus Muscular	19
2.4- Sensibilidade	20
2.5- Equilíbrio	20
2.6- Marcha	20
<b>3- PLANO DE CUIDADOS</b>	20



# **1- COLHEITA DE DADOS**

## **1.1- Antecedentes Pessoais**

O Sr. A. M. tem 88 anos, é casado e tem duas filhas, 3 netos e dois bisnetos. Atualmente vive com a esposa de 84 anos em moradia própria de 2 pisos, com uma pequena área de quintal. O Sr. A. M. era marceneiro e exercia a sua profissão numa oficina que ainda permanece no seu quintal. Expostos por toda a casa podemos admirar os seus inúmeros objetos de arte feitos em madeira: bustos, estatuetas, quadros, etc.

Apresenta como antecedentes: Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer (diagnosticada pela neurologia em 2013) e doença vascular periférica. Manteve-se independente nas AVD até fevereiro de 2014, altura em que foi internado por pneumotórax traumático, decorrente de uma queda no domicílio, ficando acamado a partir dessa data. Em abril de 2014 foi sujeito a avaliação clínica para ser admitido na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), tendo sido detetadas as seguintes alterações: desorientação, alterações de memória, dificuldade na posição de sentado, ortostatismo com equilíbrio ineficaz, dificuldade em iniciar a marcha e dores no joelho direito. Apresentava um índice de Barthel de 35.

A avaliação pela Enfermagem de Reabilitação revelou os seguintes focos de intervenção: aumento do tônus muscular, exercícios de coordenação motora, estimulação da memória, treino de equilíbrio, treino de marcha, treino de escada e treino de AVD.

## **1.2-Avaliação inicial de Ensino Clínico**

O Sr. A. apresenta-se lúcido, orientado e colaborante no treino de Reabilitação. Assume a posição de sentado na cama sem ajuda e a posição de pé apenas com um ligeiro estímulo verbal e com apoio do andarilho. Faz marcha no domicílio (piso regular), marcha no quintal (piso irregular) e sobe e desce escadas, com bengala e ajuda de terceira pessoa.

Apresenta equilíbrio estático e dinâmico eficaz na posição de sentado, mas na posição de pé apresenta equilíbrio estático pouco eficaz, o equilíbrio dinâmico não foi testado.

O utente demonstra alguma autonomia nas AVD com índice de Barthel=65. Mantém problemas de memória e segue treino de reabilitação cognitiva com recurso a estímulos do quotidiano: nomes dos familiares, datas, fotos e grafia.

**Medicação habitual:** Selegilina 5mg 1cp/dia (anti-parkinsoniano); Edronax 4mg 1/2cp/dia (antidepressivo); Seroquel 2mg 1/2cp/dia (anti-psicótico); Olcadil 2mg 1/2cp/dia (benzodiazepina); Venlafaxina 75mg 1cp/dia (antidepressivo); Sinemet 25/100 4cps/dia (anti-parkinsoniano) e Rivastigmina 9,5 adesivo transdérmico/dia (inibidora da colinesterase- tratamento da Doença de Alzheimer).

### 1.3-Escalas de avaliação

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) desenvolve como **unidade de competência**, a avaliação da funcionalidade e o diagnóstico das alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades na pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). Neste contexto, “recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardio-respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p. 3). Estes instrumentos de medida permitem a utilização de uma linguagem comum entre profissionais, assim como a deteção e monitorização de alterações da funcionalidade e a avaliação do programa de reabilitação instituído.

Perante os focos de intervenção identificados neste utente pela enfermagem de reabilitação, selecionei as seguintes escalas de avaliação para a elaboração deste Processo de Enfermagem de Reabilitação: Índice de Barthel, escala de equilíbrio de Berg, escala de Morse, MAB ou Método de Avaliação Biopsicossocial e Mini-Mental State Examination (MMSE). São referidas algumas avaliações anteriores ao início do período de Ensino Clínico para evidenciar a evolução do utente.

### 1.3.1- Índice de Barthel

O Índice de Barthel avalia a independência da pessoa em 10 atividades de autocuidado. São apresentadas 3 avaliações: avaliação inicial em 22/4/2014 (azul), avaliação no início do estágio em 12/12 (laranja) e avaliação realizada no final do período de ensino clínico em 6/2/2015 (verde).

#### **Atividades:**

##### **Higiene pessoal**

0 =Necessita de ajuda com o cuidado pessoal **X**

5 =Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos) **X X**

##### **Evacuar**

0 =Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 =Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 =Continente (não apresenta episódios de incontinência) **X X X**

##### **Urinar**

0 =Incontinente ou algaliado

5 =Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) **X X**

10 =Continente (por mais de 7 dias) **X**

##### **Ir à casa de banho (uso de sanitário)**

0 =Dependente **X**

5 =Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho **X**

10 =Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda) **X**

##### **Alimentar-se**

0 =Incapaz

5 =Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 =Independente (a comida é providenciada) **X X X**

##### **Transferências (cadeira /cama)**

0 =Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 =Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 =Pequena ajuda (verbal ou física) **X X**

15 =Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas) **X**

##### **Mobilidade (deambulação)**

0 =Imobilizado **X**

5 =Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 =Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) **X X**

15 =Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

### **Vestir-se**

0 =Dependente **X**

5 =Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda **X X**

10 =Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

### **Escadas**

0 =Incapaz **X**

5 =Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão **X X**

10 =Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

### **Banho**

0 =Dependente **X X X**

5=Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

**Total (0 - 100): 35, 65, 80**

## **1.3.2-Escala de Equilíbrio de Berg**

A Escala de Equilíbrio de Berg, compreende uma escala de 14 tarefas relacionadas ao dia-a-dia, que envolvem o equilíbrio estático e dinâmico, tais como alcançar, girar, transferir-se, permanecer em pé e levantar-se. O material necessário para realizar este teste é um degrau, uma régua ou fita métrica, duas cadeiras — uma sem braços e outra com braços, um relógio ou cronómetro e um mínimo de 4,5 metros de espaço para caminhar. Uma pontuação entre 0 a 20 indica mau equilíbrio, e entre 40 a 56 pontos indica bom equilíbrio. Uma pontuação de 21 a 40 significa que um indivíduo pode manter algum equilíbrio, mas precisa de assistência.

O Sr. A. M. atingiu um score de **23**, ou seja, apresenta algum equilíbrio mas necessita de assistência e/ou supervisão permanentes. O material utilizado foi um degrau de cerca de 25 cm, uma fita métrica, o espaço de quintal para os testes de marcha, uma cadeira sem braços, o sofá e um relógio de pulso com ponteiro de segundos. Não foi utilizada uma cadeira de braços por não existir nenhuma no domicílio, pelo que foi substituída pelo sofá. Os resultados (em azul) da aplicação da escala encontram-se seguidamente:

### **1. Sentado para em pé**

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.

- (4) Capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente;
- **(3) Capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos;**
- (2) Capaz de permanecer em pé usando as mãos após várias tentativas;
- (1) Necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar;
- (0) Necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé.

## 2. Em pé sem apoio

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.

- (4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos;
- (3) Capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão;
- **(2) Capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte;**
- (1) Necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte;
- (0) Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência.

Se o sujeito é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação sentado sem suporte. Siga diretamente para o item 4.

## 3. Sentado sem suporte para as costas mas com os pés apoiados sobre o chão ou sobre um banco

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- **(4) Capaz de sentar com segurança por 2 minutos;**
- (3) Capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão;
- (2) Capaz de sentar durante 30 segundos;
- (1) Capaz de sentar durante 10 segundos;
- (0) Incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos.

## 4. Em pé para sentado

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- (4) Senta com segurança com o mínimo uso das mãos;
- (3) Controla descida utilizando as mãos;
- **(2) Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida;**
- (1) Senta independentemente mas apresenta descida descontrolada;
- (0) Necessita de ajuda para sentar.

## 5. Transferências

INSTRUÇÕES: Pedir ao sujeito para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama).

- (4) Capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos;
- **(3) Capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente;**
- (2) Capaz de passar com pistas verbais e/ou supervisão;
- (1) Necessidade de assistência de uma pessoa;
- (0) Necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança.

## 6. Em pé sem suporte com olhos fechados

INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos.

- (4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos;
- (3) Capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão;
- **(2) Capaz de permanecer em pé durante 3 segundos;**
- (1) Incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé;
- (0) Necessidade de ajuda para evitar queda.

## 7. Em pé sem suporte com os pés juntos

INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar.

- (4) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto;
- (3) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão;
- (2) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos;
- **(1) Necessidade de ajuda para manter a posição mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos;**
- (0) Necessidade de ajuda para manter a posição mas incapaz de se manter por 15 segundos.

## 8. Alcance a frente com os braços estendidos permanecendo em pé

INSTRUÇÕES: Mantenha os braços estendidos a 90 graus. Estenda os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (o examinador coloca uma régua no final dos dedos quando os braços estão a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação para frente possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar rotação do tronco.)

- (4) Capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas);
- (3) Capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas);
- (2) Capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas);
- **(1) Capaz de alcançar mas com necessidade de supervisão;**
- (0) Perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo.

## 9. Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé

INSTRUÇÕES: Pegar um sapato/chinelo localizado a frente de seus pés

- (4) Capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança;
- **(3) Capaz de apanhar o chinelo mas necessita supervisão;**
- (2) Incapaz de apanhar o chinelo mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e manter o equilíbrio de maneira independente;
- (1) Incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta;
- (0) Incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda.

## 10. Em pé, virar e olhar para trás sobre os ombros direito e esquerdo

INSTRUÇÕES: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar o giro.

- (4) Olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada;
- (3) Olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso;
- **(2) Apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio;**
- (1) Necessita de supervisão ao virar;
- (0) Necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda.

## 11. Virar em 360 graus

INSTRUÇÕES: Virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção.

- (4) Capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos;
- (3) Capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos;
- (2) Capaz de virar 360 graus com segurança mas lentamente;
- (1) Necessita de supervisão ou orientação verbal;
- **(0) Necessita de assistência enquanto vira.**

## 12. Colocar pés alternados sobre degrau ou banco permanecendo em pé e sem apoio

INSTRUÇÕES: Colocar cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- (4) Capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos;
- (3) Capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos;
- (2) Capaz de completar 4 passos sem ajuda mas com supervisão;
- (1) Capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência;
- **(0) Necessita de assistência para prevenir queda / incapaz de tentar.**

## 13. Permanecer em pé sem apoio com outro pé a frente

INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO - Colocar um pé diretamente em frente do outro. Se você perceber que não pode colocar o pé diretamente na frente, tente dar um passo largo o suficiente para que o calcanhar de seu pé permaneça a frente do dedo de seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento do passo poderá exceder o comprimento do outro pé e a largura da base de apoio pode se aproximar da posição normal de passo do sujeito).

- (4) Capaz de posicionar o pé independentemente e manter por 30 segundos;
- (3) Capaz de posicionar o pé para frente do outro independentemente e manter por 30 segundos;
- (2) Capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos;
- (1) Necessidade de ajuda para dar o passo mas pode manter por 15 segundos;
- **(0) Perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé.**

## 14. Permanecer em pé apoiado em uma perna

INSTRUÇÕES: Permaneça apoiado em uma perna o quanto você puder sem se apoiar.

- (4) Capaz de levantar a perna independentemente e manter por mais de 10 segundos;

- (3) Capaz de levantar a perna independentemente e manter entre 5 e 10 segundos;
- (2) Capaz de levantar a perna independentemente e manter por 3 segundos ou mais;
- (1) Tenta levantar a perna e é incapaz de manter 3 segundos, mas permanece em pé independentemente;
- **(0) Incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar queda.**

- Entre 41 e 56 pontos – baixo risco de queda

**- Entre 21 e 40 pontos – médio risco de queda**

- Entre 0 e 20 pontos – elevado risco de queda

### 1.3.3- Escala de Morse

A Escala de Morse consiste em seis variáveis, rápidas e fáceis de pontuar, tendo sido demonstradas a sua validade preditiva bem como a sua fiabilidade entre avaliadores. A escala é usada tanto em hospitais como em cuidados domiciliários.

O Sr. A. M. apresenta antecedentes de episódios de quedas frequentes no domicílio, uma delas com sequelas graves, conforme descrição anterior. Pela aplicação da escala de Berg conclui-se que o utente apresenta um equilíbrio deficiente, especialmente na posição de pé. Neste contexto, torna-se muito importante a aplicação da escala de quedas de Morse.

**Avaliação** (pontuação a azul):

**1. História de quedas** (últimos 3 meses)      **não - 0**      **sim - 20**

**2. Diagnósticos médicos** (> 2 patologias)      **não - 0**      **sim - 15**

#### **3. Ajuda na marcha**

Nenhuma / Ajuda cuidador / acamado \_\_\_\_\_ **0**

**Bengala / canadiana / andarilho** \_\_\_\_\_ **15**

Apoio nos móveis \_\_\_\_\_ **20**

**4. Terapêutica i.v. ou cateter permanente** \_\_\_\_\_ **20**

#### **5. Marcha**

Normal / cadeira de rodas / acamado \_\_\_\_\_ **0**

Com dificuldade, mas sem ajuda \_\_\_\_\_ **10**

**Incapaz, sem ajuda** \_\_\_\_\_ **20**



## 6. Estado mental

**Orientado** \_\_\_\_\_ **0**

Dificuldade de orientação \_\_\_\_\_ **15**

**Score: 70**

Classificação do nível de risco	Recomendações
• 0 – 24: sem risco	Nenhuma
• 25 – 50: baixo risco	Implementar precauções padronizadas contra quedas
• > 50: alto risco	<b>Implementar intervenção para prevenção de alto risco de quedas</b>

### 1.3.3- MAB- Método de Avaliação Biopsicossocial

O Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB) é um instrumento de avaliação integrada que avalia e monitoriza informações de carácter biopsicossocial. A sua aplicação permite um planeamento individualizado de intervenções, ao mesmo tempo que permite a promoção e manutenção das capacidades existentes. Apesar da sua especificidade apresenta características de uniformidade que confere à sua utilização poupança de recursos. O resultado da avaliação aparece no seguinte formato:

<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
<b>Bio</b>	<b>Bio</b>	<b>Psico</b>	<b>Social</b>

1ª Avaliação: Perfil Biopsicossocial: 1 0 --- 9- 9 0 - 0 0 - 9 0 - 1 1 (23-04-2014)

2ª Avaliação: Perfil Biopsicossocial: 1 0 --- 9- 9 3 - 1 0 - 9 0 - 1 2 (15-07-2014)

3ª Avaliação: Perfil Biopsicossocial: 1 0 --- 0 3 - 0 1 - 1 0 - 2 2 - 2 2 (16-01-2015)

Sexo Idade			0 Feminino 0 80 ou mais anos	1 Masculino 1 65-79 Anos	2 60-64 Anos	Avaliações	1 a	2 a	3 a
						3 18 a 49 anos	1 0	1 0	1 0
Queixas de saúde:	A menor pontuação:0	0 Com queixas	0 Com queixas	1 1 a 2,9 baixo peso ou excesso de peso		3 Sem queixas	9	9	0
P1 Musculo-esqueléticas		0 Com queixas	0 Com queixas			3 Sem queixas	0	0	0
P2 Visão		0 Com queixas	0 Com queixas			3 Sem queixas	0	0	0
P3 Audição		0 Com queixas	0 Com queixas			3 Sem queixas	3	3	3
P4 Pele		0 Com queixas	0 Com queixas			3 Sem queixas	3	3	3
P5 Outros órgãos/sistemas		0 Com queixas	0 Com queixas			3 Sem queixas	3	3	3
Estado de Nutrição:	Média (IMC+Cint/2)=3+3/2=3	0 0 a 0,9 magro ou obeso	0 0 a 0,9 magro ou obeso	1 1 a 2,9 baixo peso ou excesso de peso		3 Adequado	9	9	3
OB1:IMC	Peso: 68 Kg    Altura: 1,71m IMC= 23,2	0 Menos de 16,0 magreza 0 Mais de 30,0 obesidade I 0 Mais de 88 obesidade II 0 Mais de 102 obesidade I	1 16,0 a 18,4 baixo peso 1 25.1 a 30,0 excesso de peso 1 80 a 88 obesidade I 1 94 a 102 obesidade I			3 18.5 a 25,0 adequado 3 menos de 80 adequado 3 menos de 94 adequado	3	3	3
OB2: Cintura feminino OB2: Cintura masculino	Cintura =86cm						3	3	3
Quedas	Média(P6+P7+P8+P9)/4= 3/4=0,75	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório		3 Bom	0	3	0
P6 Nº de quedas (último ano) P7 Momento de Quedas P8 Motivo de Quedas P9 Sequelas de Quedas ocorridas		0 4 ou mais quedas 0 Menos de 1 mês 0 Interno+externo 0 Com alt mobilidade	1 2 a 3 quedas 1 1 Mês a 1 ano 1 Interno Sem alt mobilidade	2 1 Queda 2 Mais de 1 ano 2 Externo 2 Sem sequelas		3 Sem quedas 3 Sem quedas 3 Sem quedas 3 Sem quedas	0	0	1
Locomoção	A menor pontuação:1	0 Incapaz	1 Dependente	2 Autônomo		3 Independente	0	1	1
P10 Andar em casa P11 Andar na rua P12 Andar em escadas P13 Locomoção e meios para visão e audição		0 Incapaz, não anda 0 Incapaz, não sai 0 Incapaz, não usa	1 Dependente de 3ºs 1 Dependente de 3ºs 1 Dependente de 3ºs	2 Meios 2 Meios 2 Meios 2 Meios		3 Independente 3 Independente 3 Independente 3 Independente	1	1	1

<b>Autonomia Física</b>	<b>A menor pontuação:1</b>	<b>0 Incapaz</b>	<b>1 Dependente</b>	<b>2 Autônomo</b>	<b>3 Independente</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
P14 Lavar-se/tomar banho P15 Vestir-se/despir-se P16 Usar a sanita e/ou urinol P17 Deitar-se/levantar-se cama P18 Sentar-se/levantar-se cadeira P19 Controlar urina P20 Controlar fezes P21 Alimentar-se/comer P22 Autonomia Física e meios para visão e audição	Entrar/sair, estar, lavar-se Escolher, preparar, vestir Usar, limpar, despejar Mover, transferir, andar Mover, transferir, andar  Servir, preparar, comer	0 Incapaz, não se lava 0 Incapaz, não se veste 0 Incapaz, não usa 0 Incapaz, não se levanta 0 Incapaz, não se senta  0 Incapaz, não controla 0 Incapaz, não controla 0 Incapaz, não se alimenta	1 Dependente de 3ºs 1 Dependente de 3ºs 1 Dependente de 3ºs 1 Dependente de 3ºs 1 Dependente de 3ºs  1 Dependente de 3ºs 1 Dependente de 3ºs 1 Dependente de 3ºs	2 Meios 2 Meios/acabamentos 2 Meios 2 Meios 2 Meios  2 Meios/incont esporádico 2 Meios/incont esporádico 2 Meios 2 Meios	3 Independente 3 Independente 3 Independente 3 Independente 3 Independente  3 Independente 3 Independente 3 Independente 3 Independente	1 1 1 1 1  0 1 0 2	1 1 2 1 1  2 2 1 2
<b>Autonomia Instrumental</b>	<b>A menor pontuação:0</b>	<b>0 Incapaz</b>	<b>1 Dependente</b>	<b>2 Autônomo</b>	<b>3 Independente</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
P23 Usar o telefone P24 Fazer compras P25 Preparar refeições P26 Tarefas de lida da casa P27 Lavar/tratar roupa P28 Usar transportes P 29 Tomar os seus medicamentos P30 Gerir o seu dinheiro P31 Autonomia instrumental e meios de visão e audição	Marcar nºs, atender Todas as compras neces Planejar, preparar, servir Pesadas e leves, limpeza Grande e pequena Públicos/Táxi/car, cond Doses e tempos certos  Contas, cheques, banco	0 Incapaz, não usa 0 Incapaz, não faz 0 Incapaz, não faz 0 Incapaz, não faz 0 Incapaz, não faz 0 Incapaz, não usa 0 Incapaz, não toma  0 Incapaz não faz	1 Dependente de 3ºs 1 Dependente de 3ºs 1 Dependente de 3ºs 1 Dependente de 3ºs 1 Dependente de 3ºs 1 Dependente de 3ºs 1 Dependente de 3ºs  1 Dependente de 3ºs	2 Meios 2 Meios/Aju ocasional 2 Meios/Aju ocasional 2 Meios/Aju ocasional 2 Meios/Aju ocasional 2 Meios/Aju ocasional 2 Meios/Aju ocasional  2 Meios/Aju ocasional 2 Meios	3 Independente 3 Independente 3 Independente 3 Independente 3 Independente 3 Independente 3 Independente  3 Independente 3 Independente	1 0 0 0 0 0 0  0 2	1 0 0 0 0 0 0  1 2
<b>Queixas Emocionais</b>	<b>Média(P32+P33+P34)/3 =3+2+2/3=2,3</b>	<b>0 0 a 0,9 Mau</b>	<b>1 1 a 1,9 Insatisfatório</b>	<b>2 2 a 2,9 Satisfatório</b>	<b>3 Bom</b>	<b>9</b>	<b>2</b>
P32 Triste/deprimido P33 Nervoso/ansioso P34 Outras queixas emocionais		0 Mto tempo/sem resp 0 Mto tempo/sem resp 0 Com queixas	1 Metade do tempo 1 Metade do tempo	2 Pouco tempo 2 Pouco tempo	3 Nunca 3 Nunca 3 Sem queixas	- - -	3 2 2

Estado Cognitivo	Média: (OT+OE)/2=5,4/2=2,7	0 0 a 0,9 Mau	1 1 a 1,9 Insatisfatório	2 2 a 2,9 Satisfatório	3 Bom	0 0	2 2
P35 Ano P36 Mês P37 Dia do mês P38 Estação do ano P39 Dia da semana OT- Orientação no tempo	Que ano estamos Que mês estamos Quanto são hoje Que estação do ano Que dia da semana Média (35+36+37+38+39)/5=3	0 Não responde/não sabe/errado 0 Não responde/não sabe/errado 0 Não responde/não sabe/errado 0 Não responde/não sabe/errado 0 Não responde/não sabe/errado 0 0 0 0,9 má	1 1 a 1,9 Insatisfatória 2 2 a 2,9 Satisfatória	2 2 a 2,9 Satisfatória	3 Certo 3 Certo 3 Certo 3 Certo 3 Certo 3 Orientado no tempo	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	3 3
P40 País P41 Distrito P42 Terra P43 Casa P44 Andar OE- Orientação no Espaço	Que país Que distrito Que terra Nome da casa Que andar Média (40+41+42+43+44)/5=2,4	0 Não responde/não sabe/errado 0 Não responde/não sabe/errado 0 Não responde/não sabe/errado 0 Não responde/não sabe/errado 0 Não responde/não sabe/errado 0 0 a 0,9 má	1 1 a 1,9 Insatisfatória 2 2 a 2,9 Satisfatória	2 2 a 2,9 Satisfatória	3 Certo 3 Certo 3 Certo 3 Certo 3 Certo 3 Orientado no espaço	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	3 3
Estado Social	IS+HL/2=3+1/2=2	0 0 a 0,9 Mau	1 1 a 1,9 Insatisfatório	2 2 a 2,9 Satisfatório	3 Bom	1 1	2 2
P45 Estado Civil P46 Nº de coabitantes P47 Tempo está só nas 24 horas P48 Ter confidente	Isolamento Social IS= P45+P46+P47+P48/4=12/4=3	0 Viúvo/separado/solteiro 0 Vive só 0 8 ou mais horas 0 Não tem			3 Casado/União facto 3 Vive com outros 3 Menos de 8 horas 3 Tem	3 3 0 3 3 3 3 3	3 3
P49 Escolaridade P50 Profissão	Habilitações Literárias HL= P49+P50/2=2/2=1	0 0 anos/analfabeto 0 Não qualificado	1 1 a 6 anos 1 Qualificado	2 7 a 12 anos 2 Intermédio	3 13 ou mais anos 3 Especialista	- - - -	1 1 1 1
Hábitos	Média: (AF+R)/2=1+3/2=2	0 0 a 0,9 Mau	1 1 a 1,9 Insatisfatório	2 2 a 2,9 Satisfatório	3 Bom	1 1	2 2
P51 Andar a pé na rua P52 Desporto P53 Outra atividade física AF Atividade Física	Atividade Física AF=P51+P52+P53/3=4/3=1,3	0 0 horas 0 0 horas 0 0 horas	1 Menos de 2 horas 1 Menos de 2 horas 1 Menos de 2 horas	2 2 a 4 horas 2 2 a 4 horas 2 2 a 4 horas	3 4 ou mais horas 3 4 ou mais horas 3 4 ou mais horas	1 2 0 1 0 1	2 2 1 1 1 1
P54 Refeições Habituais R Refeições/dia		0 0 a 2 refeições/dia	1 Mais de 6 refeic/dia	2 3 Refeições/dia	3 4 a 6 refeic/dia	3 3	3 3

#### 1.3.4- MMSE

O MMSE fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias: orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia, linguagem e habilidades viso-espaciais. Todas as questões devem ser realizadas na ordem listada e podem receber um score imediato somando os pontos atribuídos a cada tarefa completada com sucesso. O score máximo é de 30.

Esta escala é muito utilizada na avaliação cognitiva da demência, especialmente em pessoas idosas, com particular utilização no Alzheimer. O Sr. A. faz terapêutica habitual para a Doença de Alzheimer, instituída pela médica de neurologia, pelo que a aplicação desta escala poderá fornecer dados importantes sobre os défices cognitivos presentes e, desta forma, ajustar um programa de reabilitação mais adequado. Algumas técnicas utilizadas ao longo de um programa de reabilitação requerem algumas habilidades cognitivas, tais como, a atenção, a linguagem, a memória e a evocação. O compromisso destas habilidades impedirá a pessoa de compreender informações escritas ou faladas e/ou relembrar essas mesmas informações e instruções, comprometendo o sucesso do processo de reabilitação.

MMSE (Data de avaliação: 6-02-2015)

##### **1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

- ✓ Em que ano estamos?
- ✓ Em que mês estamos?
- ✓ Em que dia do mês estamos?
- ✓ Em que dia da semana estamos?
- ✓ Em que estação do ano estamos?

Nota: 5

- ✓ Em que país estamos?
- Em que distrito vive?
- ✓ Em que terra vive?
- ✓ Em que casa estamos?
- ✓ Em que andar estamos?

Nota: 4

**2. Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_1\_\_

Gato \_\_1\_\_

Bola \_\_1\_\_

Nota: 3

**3. Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21 \_ 18\_ 15\_

Nota: 5

**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_0\_\_

Gato \_\_0\_\_

Bola \_\_0\_\_

Nota: 0

**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto?" (mostrar os objetos):

✓ Relógio

✓ Lápis

Nota: 2

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: 1

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa" (dar a folha segurando com as duas mãos).

- ✓ Pega com a mão direita
- ✓ Dobra ao meio
- ✓ Coloca onde deve

Nota: 3

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz" (mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase)

- ✓ Fechou os olhos

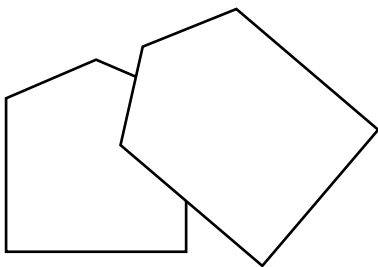
Nota: 1

e. "Escreva uma frase inteira aqui" (deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação).

Nota: 0

## 6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais interseccionados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: 0

**TOTAL** (Máximo 30 pontos): **24**

Considera-se com défice cognitivo:

- Analfabetos  $\leq 15$
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$
- Com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$



## **2-EXAME NEUROLÓGICO**

### **2.1- Consciência**

O Sr. A apresenta-se consciente com um score na escala de Glasgow de 15.

### **2.2- Estado de Orientação**

Colaborante quando solicitado e orientado na pessoa e no espaço, no entanto apresentava alguma desorientação temporal que melhorou no final do período de ensino clínico. Em alguns momentos não tem consciência das suas limitações, motivo que leva a episódios frequentes de quedas no domicílio.

Revela alguns défices cognitivos que transparecem quando é questionado sobre o nome das filhas, netos e bisnetos. Apresenta igualmente perda parcial da memória para datas importantes como datas de nascimento das filhas e esposa. Segundo a esposa, o utente é portador da Doença de Alzheimer, tendo esta sido diagnosticada pela neurologista assistente. Foi aplicado o instrumento de avaliação MMSE, cujos resultados podem ser consultados na pág 18.

### **2.3- Motricidade**

#### **2.3.1- Força Muscular**

A força muscular foi avaliada com recurso à escala de Lower. O Sr. A apresenta força muscular=5 em todos os segmentos dos membros superiores, pescoço e cabeça. A nível do tronco e membros inferiores apresenta força muscular =4.

#### **2.3.2- Tónus Muscular**

O Sr. A. não apresenta qualquer alteração de tónus muscular.

### **2.4- Sensibilidade**

O Sr. A. apresenta sensibilidade mantida em todos os segmentos corporais.

## **2.5- Equilíbrio**

No início do período de ensino clínico o utente apresentava um equilíbrio estático e dinâmico eficaz na posição de sentado com os pés apoiados no chão, mas ineficaz na posição de pé, motivo pelo qual ocorreram vários episódios de queda.

Em 6/2/2015, utente apresenta melhoria do padrão da marcha e equilíbrio, foi efetuado o teste de equilíbrio de Berg, cujo resultado pode ser consultado nas págs. 6-10. A pontuação obtida sugere necessidade de supervisão mantida, especialmente nos períodos de marcha.

## **2.6- Marcha**

O utente apresenta marcha eficaz com andarilho, com supervisão, e marcha com bengala eficaz com apoio de terceiros. A marcha é caracterizada por passos curtos e rápidos e flexão anterior do tronco, pescoço e joelhos (marcha Parkinsoniana). O treino da marcha tem sido realizado em piso regular no interior do domicílio e em piso irregular no quintal. O utente consegue ainda realizar marcha lateral com apoio bilateral.

Durante o período de ensino clínico apresentou melhoria do padrão de marcha com aumento do comprimento do passo.

## **3- Plano de Cuidados**

O Plano de Cuidados foi elaborado com o objetivo de salientar as intervenções de Enfermagem de Reabilitação e segue a linguagem do Modelo Teórico de Nancy Roper. O intervalo considerado foi o de 1/12/2014 a 9/2/2015.

N	INÍ CÍ O	PROBLEMAS REAIS E/OU POTENCIAIS	FIM	OBJETIVOS	INÍCIO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	FIM	AValiação
						<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivo a uma avaliação da visão e uso da correção prescrita;</li> <li>- Avaliação semanal do risco de quedas (escala de Morse);</li> <li>- Ensino sobre os procedimentos de segurança;</li> <li>- Avaliação quinzenal da escala de equilíbrio de Berg;</li> <li>- Treino de equilíbrio na posição sentado e na posição de pé;</li> <li>- Avaliação cognitiva com o MMSE;</li> <li>- Reabilitação cognitiva com exercícios de memória e evocação, recorrendo a estímulos do dia-a-dia: utilizando as fotografias dos filhos e netos, pergunta-se os nomes, as datas de nascimento, etc.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidadora refere que o utente realizou avaliação da visão recente e não ter sido prescrita qualquer correção visto que a única medida terapêutica eficaz seria a cirurgia, para a qual o utente não apresenta critérios.</li> <li>- 16/1: A cuidadora refere novo episódio de queda mas sem lesões aparentes- Reforçado ensino sobre procedimentos de segurança (<b>I. Barthel = 10</b> nas atividades: deambulação e transferências);</li> <li>- <b>Avaliação semanal da escala de Morse: 70</b> (valor mantido em todas as avaliações desde o início do ensino clínico), alto-risco de queda pelo que são lembrados ao utente e cuidadora os procedimentos de segurança:</li> <li>- Colocação de barra protetora na cama;</li> <li>- Supervisão em todos os períodos de marcha;</li> <li>- Vestuário adaptado para facilitar idas à casa de banho;</li> <li>- Calçado seguro com sola antiderrapante.</li> </ul>
1	1 /12 /14	<p>AVD: <b>Manter um ambiente seguro</b></p> <p>Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição da acuidade visual</li> <li>- Risco de queda</li> <li>- Risco de erro de medicação</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente seguro</li> <li>- Melhorar a acuidade visual</li> <li>- Diminuir o risco de queda</li> <li>- Diminuir o risco de erro de medicação</li> </ul>	1 /12 /14	- Conhecimento sobre medicação		- Exercícios de treino de equilíbrio em

						<p>atual, ação e efeitos secundários;</p> <p>- Validação com a cuidadora sobre a administração da medicação prescrita e consultas de seguimento.</p>	<p>todas as visitas (bissemanais):</p> <p>1- Treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado (eficaz): com o utente sentado, mãos apoiadas e pés assentes no chão, imprime-se balanço no tronco (equilíbrio mantido);</p> <p>2- Treino de equilíbrio estático na posição de pé (pouco eficaz pelo que não é realizado treino de equilíbrio dinâmico na posição de pé): com bengala pede-se ao utente para caminhar sobre uma linha reta colocando um pé à frente do outro, revela desequilíbrio fácil.</p> <p>- 6/2: Melhoria no equilíbrio na posição de pé (I. Barthel= 15 na atividade transferências), pelo que é realizada a <b>Avaliação do equilíbrio com escala de Berg: 23</b>, resultado revela que o utente apresenta algum equilíbrio mas com necessidade de supervisão/assistência, realizado ensino à cuidadora para manter procedimentos de segurança;</p> <p>- 9/1: Apresenta perda de memória para o nome de alguns familiares: instituídos novos exercícios; 6/2: revelou melhoria na orientação temporal.</p> <p>- 6/2: <b>Avaliação com MMSE: 24</b>, a pontuação não é sugestiva de défices</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

							<p>cognitivos relevantes; as respostas erradas revelam dificuldade na escrita, talvez associada ao déficit da acuidade visual, e dificuldade na evocação: reabilitação cognitiva passa a incidir em exercícios de evocação;</p> <p>- A cuidadora conhece e administra ao utente a medicação prescrita, sem dificuldades e sem erros aparentes.</p>
2	1 /12 /14	<p>AVD: <b>Comunicação</b></p> <p>Alterações:</p> <p>- Risco de padrão de comunicação deficiente por défices cognitivos</p>		<p>- Estimular um padrão de comunicação mais eficiente com o utente</p> <p>- Promover a verbalização de sentimentos e emoções do utente e cuidadora</p>	1 /12 /14	<p>- Estimulo da oralidade por utente apresentar-se tendencialmente pouco comunicativo;</p> <p>- Incentivo à verbalização da ansiedade da cuidadora e utente com a equipa de saúde;</p> <p>- Utilizar técnicas de comunicação como a escuta ativa, a reformulação, a empatia e a clarificação na relação terapêutica com o utente e cuidadora.</p>	<p>- Após utilização de técnicas de comunicação como a reformulação e a clarificação, seguidas pela escuta ativa, o utente reage com comportamento mais comunicativo;</p> <p>- A cuidadora reage bem ao incentivo para verbalizar os motivos de ansiedade mas o utente retrai-se para o silêncio com facilidade (12/12: enquanto a cuidadora relata afastamento dos netos em relação aos avós, o utente chora);</p> <p>- 6/2: Utente mais comunicativo e entusiasmado com testes realizados (MMSE).</p>

3	1 /12 /14	<p><b>AVD: <i>Respiração</i></b></p> <p>Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risco de alterações hemodinâmicas e respiratórias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar a Tensão Arterial e restantes sinais vitais</li> <li>- Prevenir complicações respiratórias</li> </ul>	1 /12 /14	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação e registo de sinais vitais: Temperatura, Tensão Arterial, Pulso, Frequência Respiratória;</li> <li>- Realização de Reeducação funcional respiratória: dissociação dos tempos respiratórios; reeducação abdominodiafragmática e costal;</li> <li>- Auscultação dos campos respiratórios e vigilância da ventilação do pulmão esquerdo por antecedentes de pneumotórax traumático.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utente tendencialmente hipertenso: Avaliação 9/1:140/89mmHg; P=70b/m Avaliação 6/2:156/94mmHg; P=78b/m Realizado ensino sobre medidas não médicas para controlo da TA: dieta hipossalina, controlo regular da TA.</li> <li>- Utente manteve-se sem qualquer complicação respiratória durante o período de ensino clínico;</li> <li>- Pulmão esquerdo com boa expansibilidade e murmúrio vesicular mantido.</li> </ul>
4	1 /12 /14	<p><b>AVD: <i>Alimentação</i></b></p> <p>Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risco de padrão alimentar incorreto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover uma alimentação adequada</li> <li>- Promover a independência nas refeições</li> </ul>	1 /12 /14	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicação sobre a vantagem de hábitos alimentares saudáveis com reforço proteico e calórico para a manutenção de força muscular e autonomia nas AVD;</li> <li>- Fazer ensino à cuidadora sobre a vantagem de promover a independência durante a refeição</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 9/12: A cuidadora refere que a utente alimenta-se bem e com apetite,</li> <li>- Utente independente na alimentação (<b>I.Barthel=10</b> na atividade: alimentar-se): alimenta-se sozinho mas precisa de ajuda para servir a comida no prato.</li> </ul>

5	1 /12 /14	<p><b>AVD: <i>Eliminação</i></b></p> <p>Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Padrão de eliminação vesical comprometido</li> <li>- Padrão de eliminação intestinal comprometido</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um padrão de eliminação vesical eficaz</li> <li>- Promover um padrão de eliminação intestinal eficaz</li> <li>- Promover a independência do utente na eliminação</li> </ul>	1 /12 /14	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilância das características da urina;</li> <li>- Vigilância de timpanismo e distensão abdominal;</li> <li>- Ensino sobre a necessidade de reforço hídrico na manutenção de um padrão de eliminação vesical e intestinal eficazes;</li> <li>- Ensino sobre procedimentos de segurança durante o uso do sanitário que permitam a autonomia e privacidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 12/12: Cuidadora refere hábito intestinal e urinários regulares, perdas urinárias ocasionais (<b>I.Barthel=5</b> na atividades: urinar e ir à casa-de-banho);</li> <li>- 9/1: Utente um pouco renitente para realizar reforço hídrico: reforçado ensino sobre a sua importância e salientadas outras formas de ingestão hídrica (chá, sopa, sumos, etc.);</li> <li>- 6/2: Utente autónomo nas idas ao WC e sem perdas de urina (<b>I.Barthel=10</b> nas atividades: urinar e ir à casa-de-banho).</li> </ul>	
6	1 /12 /14	<p><b>AVD: <i>Higiene Pessoal e vestir-se</i></b></p> <p>Alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependência parcial na higiene e no vestir-se</li> </ul> <p>- Risco de Úlceras</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a higiene, o conforto e o bem-estar</li> <li>- Diminuir o grau de dependência nos cuidados de higiene e no vestir-se</li> <li>- Manter a integridade cutânea</li> </ul>	1 /12 /14	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino de AVD em todas as visitas: vestuário, higiene, transferências;</li> <li>- Vigilância da integridade cutânea;</li> <li>- Monitorização semanal do risco de UP (Escala de Braden);</li> <li>- Ensino sobre cuidados à pele para prevenção de UP: manter a pele seca (e limpa), lavar com água morna e sem esfregar/causar fricção, secar a pele, sem friccionar com toalhas ou outros tecidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 12/12: Utente apresenta dificuldade em vestir a metade de baixo da roupa e em calçar os sapatos (<b>I.Barthel=5</b> na atividade: vestir-se);</li> <li>- 6/2: Utente consegue calçar-se com maior facilidade mas mantém <b>I.Barthel=5</b> pois mantém dificuldade nos fechos e botões;</li> <li>- Utente consegue virar-se na cama sem ajuda e manteve pele íntegra durante todo o período de Ensino Clínico;</li> <li>- Escala de Braden avaliada todas as</li> </ul>	

		de Pressão (UP)					suaves e lisos, não utilizar álcool, usar sabões não irritantes e hidratantes, massajar com cremes hidratantes;  - Ensino sobre a alternância de decúbitos na posição de deitado e as vantagens de períodos na posição de sentado.		semanas de Ensino clínico: Percepção Sensorial: 3 Humidade: 4 Atividade: 3 Mobilidade: 2 Nutrição: 3 Fricção e Forças de Deslizamento: 2 <b>TOTAL 17 – Baixo Risco.</b>
7		AVD: <b>Controlo da temperatura corporal</b>		Sem alterações					
8	1 /12 /14	AVD: <b>Mobilidade</b>  Alterações:  - Padrão de mobilidade comprometido  - Risco de alterações músculo-esqueléticas e posturais  - Equilíbrio ineficaz  - Dor no Joelho	- Promover o equilíbrio e autonomia na mobilização  - Prevenir alterações músculo-esqueléticas  - Diminuir a intensidade da Dor	1 /12 /14	- Treino do equilíbrio estático e dinâmico em todas as visitas domiciliárias;  - Execução de exercícios de fortalecimento muscular, manutenção das amplitudes articulares e correção postural;  - Treino de marcha em piso regular e irregular com auxiliares de marcha: andarião e bengala, contrariando o padrão de marcha Parkinsoniana;  - Incentivo à utente para a automobilização ativa;  - Incentivo nos autoposicionamentos;	- Treino do equilíbrio eficaz na posição de sentado e equilíbrio pouco eficaz na posição de pé.  - Utente manteve durante o período de ensino clínico, força muscular grau 5 nos membros superiores, cabeça e pescoço e força muscular grau 4 no tronco e membros inferiores, pelo que os exercícios de fortalecimento muscular incidem mais nos grupos musculares do tronco e membros inferiores.  - Amplitudes articulares mantidas.  - 15/12: Treino de marcha eficaz em piso regular e irregular mas sempre com supervisão ( <b>I. Barthel=10</b> na atividade deambulação): mantem passos curtos e flexão do tronco e joelhos.			



								<p>- 2/2: Treino de marcha eficaz com bengala no interior e exterior do domicílio: utente com maior comprimento do passo (mantem I. Barthel=10 por manter necessidade de supervisão.</p> <p>- 12/12 e 12/1: dor no joelho direito com mais intensidade nesta visita, executada massagem com creme anti-inflamatório antes do treino de Reabilitação.</p> <p>- 6/2: Utente mantém dor no joelho direito moderada e dor fraca no joelho esquerdo.</p>
								<p>- 2/2: Domicílio dividido em 2 pisos (residência) que condiciona a deambulação do utente. Além disso, o local onde vivem está afastado do centro da localidade e situa-se numa encosta, o que torna praticamente impossível a vinda do utente à via pública.</p> <p>- Alterações sugeridas no domicílio, para gestão das barreiras arquitetónicas: retirar tapetes, desimpedir corredores para passagem do andarilho, barras de apoio no WC (sanita e banheira) e boa iluminação das divisões.</p> <p>- 12/12: Utente e cuidadora referem o pouco apoio dos netos que ajudaram a “criar” e manifestam o desejo de serem mais visitados, no entanto,</p>
								<p>- Avaliação da intensidade da dor;</p> <p>- Ensino sobre a gestão da medicação prescrita para o controlo da dor.</p>
								<p>- Conhecimento das condições físicas do domicílio;</p> <p>- Sugestão ao utente, e cuidadora sobre a gestão das barreiras arquitetónicas do domicílio;</p> <p>- Incentivo à interação com familiares e amigos, especialmente ao fim de semana;</p> <p>- Estímulo ao convívio com amigos e familiares através de visitas, telefonemas ou cartas;</p> <p>- Incentivo ao início da prática de novos passatempos ou reativação de antigos.</p>
								<p>- Conhecer as barreiras arquitetónicas e obstáculos diários da utente no domicílio</p> <p>- Incentivar a utente nas atividades sociais e de lazer</p>
								<p><b>AVD: Trabalho e Lazer</b></p> <p>Alterações:</p> <p>- Restrição na participação de atividades sociais e de lazer</p>
								<p>1 /12 /14</p> <p>9</p>

									referem muitos telefonemas das filhas e netos;  - Utilização do passatempo: ver TV.
10		<b>AVD: Expressão da sexualidade</b>		Sem alterações					
11		<b>AVD: Sono</b>		Sem alterações					
12	1 /12 /14	<b>AVD: Morte Alterações:</b>  - Projeto de vida comprometido  - Risco de complicações, reinternamentos e agravamento do estado de saúde		- Promover a expressão de receios em relação à vida futura  - Prevenir complicações	1 /12 /14	- Incentivo à verbalização de medos e receios em relação ao futuro;  - Ensino sobre medidas preventivas de complicações.			- O utente verbaliza pouco os receios sobre o futuro, no entanto, a cuidadora refere preocupações com o avançar da idade, o isolamento, o medo de novos episódios de quedas e o agravamento dos défices relacionados com a Doença de Alzheimer.  - O utente compreende a necessidade de manter algumas medidas a fim de evitar internamentos e complicações do seu estado de saúde, pelo que realiza o treino de reabilitação com motivação e entusiasmo.

#### **Apêndice 4-** Jornais de Aprendizagem



# Jornal de Aprendizagem 1

---

## **“A atuação do Enfermeiro Especialista em Reabilitação no CMRA”**

Iniciei o meu período de ensino clínico no CMRA em 30 de Setembro. Anteriormente tinha realizado uma visita a este centro para tomar conhecimento do local onde decorreria este primeiro período de estágio. Na altura, tive a oportunidade de assistir a uma apresentação realizada pela Enfermeira Supervisora que abordou aspetos gerais do funcionamento do Centro. Fiquei consciente que nesta instituição muitos profissionais se cruzam para um bem comum. A equipa multidisciplinar é composta por fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas da fala, enfermeiros generalistas, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), Assistentes Operacionais, entre outros, que trabalham em conjunto mas distribuídos por inúmeros departamentos, onde os utentes entram e saem a toda a hora durante o dia. Imediatamente compreendi que o internamento de cada utente no CMRA é caracterizado por um trabalho muito intensivo de todos os elementos desta equipa multidisciplinar e também do utente. Como aluna do 5º CMEER conheço bastante bem as competências específicas do EEER, mas tive dificuldade, na altura, em visualizar como todo este trabalho decorria e como os vários elementos da equipa multidisciplinar se interligavam, sem se “atropelar” nas suas funções.

No entanto, ao longo do primeiro dia de estágio, tive a oportunidade de começar a discernir o campo de intervenção do EEER neste centro de reabilitação. Ao chegar ao serviço onde decorreria o estágio, foi-me apresentado o enfermeiro orientador que me deu a conhecer o espaço físico do serviço, a composição da equipa multidisciplinar, as rotinas de trabalho e as intervenções específicas do EEER. Fiquei a saber que o serviço comporta 34 unidades de internamento para utentes portadores de Lesão Medular e de AVC. Os enfermeiros especialistas em reabilitação são escalados preferencialmente para o turno da tarde. Durante o turno da manhã, os utentes realizam atividades nos vários departamentos, pelo que os enfermeiros especialistas em reabilitação desempenham as suas funções específicas no turno da tarde.

Neste mesmo dia tive a oportunidade de assistir a um estudo urodinâmico realizado a um dos utentes que se encontra internado no serviço onde o meu período de ensino clínico decorrerá. Este utente, vítima de queda, é portador de uma lesão medular a nível de C7 da qual resultou tetraplegia ASIA D. O utente realiza muitas atividades e está adaptado à lesão mas mantém dificuldades no treino vesical, motivo pelo qual foi internado. Após a conclusão do exame, a médica fisiatra resumizou o resultado do exame e disse-me que considerava a reabilitação vesical tão ou mais importante do que a reabilitação realizada em contexto de “ginásio”, visto ser mais condicionante no que se refere às atividades sociais e à readaptação da pessoa na sociedade.

Nesta altura, compreendo melhor como a intervenção do EEER é imprescindível na readaptação de uma pessoa com lesão medular na comunidade. O trabalho desempenhado com os utentes no sentido de reabilitar a bexiga, reabilitar o intestino, treinar as AVD, o vestuário, as transferências, a mobilidade, entre tantas outras coisas, é desempenhado pelo EEER, pelo que este assume um lugar vital e único na equipa multidisciplinar em reabilitação. O EEER, pela sua proximidade com o utente, possui uma posição privilegiada na seleção de prioridades e levantamento de necessidades.

No entanto, as circunstâncias não são as ideais. No CMRA, muitas vezes o EEER desempenha muitas outras funções que não as específicas, nomeadamente, administração de terapêutica, realização de pensos, fazer camas, entre outras, visto que os doentes são divididos por enfermeiros generalistas e especialistas de forma equitativa, segundo as horas de cuidados calculadas com o sistema de classificação de doentes adotado na instituição. Idealmente, o turno da tarde deveria contar com a presença de mais um EEER para o desempenho das funções específicas, podendo desta forma ser reduzido o ratio utentes/enfermeiro. No cenário atual, o desempenho das funções específicas do EEER fica muitas vezes dependente do tempo disponível após a realização de todas as outras tarefas comuns aos enfermeiros generalistas.

Apesar de todas estas condicionantes, os ganhos em funcionalidade e autonomia dos utentes, conseguidos pela intervenção do EEER, são inquestionáveis e determinantes na qualidade de vida dos utentes na altura da alta.

Aplicando o **Ciclo de Gibbs** a esta situação poderei sintetizar:

### **1-O que aconteceu?**

Ao iniciar o primeiro período de Ensino Clínico tive por alvo conhecer o campo de intervenção do EEER no CMRA, quais as suas intervenções específicas, como estas intervenções se articulavam com as intervenções de outros técnicos e como seria possível conhecer os ganhos em saúde conseguidos pela intervenção do EEER.

### **2-O que estou a pensar?**

Após os primeiros dias de estágio foi possível começar a descortinar que o EEER tem um campo de intervenção único e fundamental na equipa multidisciplinar, e que este não entra em conflito com as intervenções dos outros profissionais. As intervenções do EEER produzem ganhos em independência funcional ao utente que serão imprescindíveis na sua reintegração na comunidade. A qualidade do desempenho do EEER é traduzida num menor número de complicações, após a alta, e também num menor número de reinternamentos. Estes ganhos são reconhecidos, não só pelos pares, mas também por outros profissionais e pelos utentes.

Estes achados estão em concordância com estudos científicos recentes que referem o papel fundamental do EEER na reintegração dos utentes na comunidade, na diminuição de complicações após a alta e na diminuição de reinternamentos.

### **3-O que encontrei de bom e mau?**

Mau- O número de enfermeiros generalistas e de EEER por turno é insuficiente para que o EEER possa desenvolver as intervenções específicas de reabilitação.

Bons- Os ganhos em funcionalidade dos utentes cuidados pelo EEER são indiscutíveis.

#### **4-Que sentido?**

A atual conjuntura económica e financeira é responsável pela redução do número de técnicos a desempenhar funções no CMRA. Idealmente a dotação de enfermeiros generalistas e EEER deveria ser superior à existente. Neste contexto, muitos utentes ficam sem cuidados específicos de reabilitação à tarde.

#### **5-Conclusão**

O CMRA é um local de excelência para operacionalizar as atividades previstas no meu projeto de estágio com o tema: *“A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Transição do Regresso a casa da Pessoa com Lesão Medular”*. Nesta Instituição todos os cuidados prestados visam a alta e a integração do utente na comunidade. O EEER desenvolve as suas intervenções com este objetivo e os ganhos conseguidos são imprescindíveis à reintegração dos utentes nas suas atividades profissionais, familiares e sociais. Ao longo do internamento a presença da família e dos cuidadores é constante, pelo que é possível começar a preparação da alta a partir do primeiro dia de internamento, por conhecer o meio físico e social onde o utente está inserido.

#### **6-Contributos para o meu desenvolvimento profissional futuro**

Este período de Ensino Clínico possibilita um grande número de situações de aprendizagem e a operacionalização do meu projeto de estágio, pelo que espero ser possível o meu desenvolvimento de competências humanas, técnicas e científicas como EEER.



# Jornal de Aprendizagem 2

---

## **“A Família como cliente dos cuidados no CMRA”**

É no seio da família que geralmente se partilham acontecimentos de grande felicidade, e também situações de *stress* e sofrimento. Torna-se assim importante que numa situação de internamento hospitalar os enfermeiros ajudem o prestador de cuidados a definir, esclarecer e solucionar problemas e formem com este uma parceria eficaz de cuidados, dado que o familiar cuidador presta cuidados muito importantes para os que deles dependem. A intervenção do EEER (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação) na transição do familiar para o papel de prestador de cuidados é valorizada por vários autores que referem a incapacidade e a deficiência como preditores de períodos de grande vulnerabilidade.

Ao iniciar este primeiro período de Ensino Clínico constatee com satisfação a valorização da presença e participação da família/cuidadores no CMRA. Apesar de existir um horário formal de visitas, é frequente ver a família presente na instituição em horários diferentes para acompanhar o utente em algumas das suas atividades ou, até mesmo, numa refeição. O enfermeiro, nomeadamente o EEER tem uma boa relação com os familiares, faz questão de conhecer os familiares/cuidadores responsáveis e estabelece com eles uma relação de parceria de cuidados permeada pela congruência e pela autenticidade. Na admissão do utente, é realizada uma entrevista com o familiar/cuidador que acompanha o utente, no sentido de conhecer os antecedentes clínicos e pessoais e as condições físicas e sociais em que o utente está inserido. A família tem acesso a informação sobre o estado do utente, os objetivos estabelecidos nos vários departamentos e a evolução do programa de reabilitação.

Numa fase inicial do internamento é realizada uma reunião com a equipa multidisciplinar que inclui o médico assistente, o enfermeiro responsável na enfermaria (o método de trabalho utilizado é o de enfermeiro responsável que é atribuído logo na admissão), a enfermeira responsável no departamento de AVD, a assistente social, a terapeuta ocupacional e a fisioterapeuta. Poderá ainda incluir a

psicóloga e a terapeuta da fala, caso o utente utilize estes serviços. Nesta primeira reunião são discutidos os objetivos para aquele internamento específico e para aquele utente em particular. Numa segunda fase é realizada uma reunião de reavaliação da situação atual do utente, onde comparecem os mesmos elementos da primeira reunião e onde são discutidos os alvos atingidos, a necessidade de ajudas técnicas para atingir os objetivos estabelecidos, a necessidade de fazer alterações em casa, entre outras particularidades.

Por último, numa data próxima da alta, é realizada a reunião de família. Nesta reunião os familiares ou cuidadores mais próximos são convidados a assistir em conjunto com o utente para discutir a evolução clínica do utente, os objetivos atingidos, os procedimentos necessários para assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio e se as alterações no domicílio já foram ou não realizadas, caso tenham sido sugeridas.

Outro aspeto importante que assegura o envolvimento da família na reabilitação do utente está relacionado com a programação de ensinamentos que são realizados à família, em temas como: transferências com e sem tábua, utilização da cadeira de rodas e da cadeira/tábua de banho, subir e descer escadas com cadeira de rodas, uso dos sanitários, estimulação da independência no autocuidado, medidas de segurança, etc. Este ensino é realizado de uma forma mais estruturada e formal no departamento de AVD. Numa fase inicial o familiar /cuidador é convidado a visitar o departamento e após esta visita são marcadas sessões de ensino em número e frequência consoante as necessidades do utente e a disponibilidade do familiar. Este aspeto é de importância vital visto que o EEER deve na sua atuação “envolver o cliente e pessoas significativas no processo de cuidados, ensinando e treinando, tendo em conta os recursos existentes no domicílio” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.10). Neste contexto, o familiar também é envolvido na identificação das barreiras arquitetónicas presentes no domicílio do utente, fazem-se desenhos, tiram-se medidas, fotos são enviadas por *mail* para os enfermeiros do departamento de AVD que pesquisam e sugerem as alterações necessárias assim como ajudas técnicas e dispositivos de apoio pertinentes. Por vezes é marcada uma visita domiciliária para decidir sobre ajudas técnicas mais específicas.

O envolvimento da família no internamento e na reabilitação do utente é imprescindível para que a transição para o domicílio tenha uma resolução saudável. O Enfermeiro Especialista deverá ter um papel dinamizador e tomar a iniciativa ao encarar a família/cuidador como cliente e não apenas como contexto da vida do utente. Autores são unânimes em descrever o estado de deficiência como algo que não muda apenas o projeto de vida do utente mas também muda o projeto de vida dos mais próximos. Reconhecer a família como cliente de cuidados é um passo importante para a boa relação do utente com o seu cuidador, diminui a ansiedade e traduz-se num reintegração familiar e social bem conseguida.

No entanto, apesar da família estar bem integrada no CMRA, muitas vezes surgem situações complexas relacionadas com a prestação de cuidados de enfermagem. Uma das situações que passarei a descrever foi bastante falada no serviço onde decorre o meu estágio e rodeada de ansiedade e mal-estar. A situação de cuidados envolveu um utente com *Guillain-Barré* que ao ser transferido para uma cadeira de rodas foi vítima de uma fratura da tibia, pelo mau posicionamento do membro inferior no momento do levante. Este utente encontrava-se em situação de imobilidade prolongada, pelo que apresentava uma fragilidade óssea bastante acentuada e um gesto menos atento resultou numa situação deveras desagradável. A EEER com a qual decorreu o acidente ficou muito ansiosa com a situação. O utente usou uma tala gessada até existir calo ósseo, após o que passou a usar uma tala de apoio da perna durante o período de levante. Após esta ocorrência a família, nomeadamente as 2 filhas tornaram-se desagradáveis com muitos dos enfermeiros da equipa, fizeram queixa por escrito na instituição e abriram um processo de negligência em tribunal. A grande maioria dos enfermeiros da equipa passou a relacionar-se mal com aquelas duas filhas e ao chegar ao serviço passei a ouvir as queixas dos dois lados.

Considero esta situação potenciadora da minha aprendizagem, pelo que aplico o **ciclo de Gibbs**:

### **O que aconteceu?**

Num primeiro contacto com as filhas do utente, estas transmitiram a ideia de estarem completamente descontentes com a prestação da equipa de enfermagem,

acusando a maioria dos enfermeiros de serem negligentes e “não quererem trabalhar”. Segundo elas o único enfermeiro bom era o XXXX. Assim que tiveram oportunidade contaram-me o ocorrido demonstrando muito ressentimento pelos enfermeiros. Por outro lado, a restante equipa de enfermagem fugia o mais possível ao contacto com as filhas dizendo constantemente que a família era muito complicada.

### **O que estou a pensar?**

Como estagiária e encontrando-me “de fora do contexto” tento compreender os sentimentos dos dois lados.

A família muito ansiosa pelo desenrolar de toda a situação clínica encontrava-se num estado emocional debilitado, pelo que rapidamente hipervalorizou o sucedido e considerou a fratura como uma barreira inultrapassável para a reabilitação do seu pai. Tal não aconteceu, porque com exceção da ocorrência mencionada o utente teve uma reabilitação bem-sucedida, os objetivos do internamento foram atingidos e na altura da alta ambas as filhas estavam muito satisfeitas com a evolução do pai. Apesar disso, continuaram a falar do ocorrido como negligência e não como um acidente decorrente das complicações de um estado de imobilidade prolongado.

Por outro lado, ouvia a equipa de enfermagem muito ansiosa para não desagradar ainda mais as filhas, ao mesmo tempo que tentavam ao máximo evitar o contacto com as mesmas. De facto, sempre que uma complicação com esta gravidade decorre dos cuidados prestados, a equipa sente-se triste e frustrada por não conseguir de todo evitar estes acontecimentos que nos confrontam, como enfermeiros, com a nossa incapacidade para controlar tudo aquilo que acontece num momento cuidativo. A EEER que estava a realizar aquele levante é uma profissional que exerce funções como especialista há já algum tempo neste serviço, sem historial de qualquer acidente desta natureza. Neste contexto, fica um sentimento amargo de autocrítica porque em milhares de momentos de cuidados que correram bem, a lembrança daquela família ficará fixa num momento que correu mal, extrapolando a situação para todos os enfermeiros da equipa e até da instituição.

## **O que encontrei de bom e mau?**

Em relação à equipa de enfermagem, a maioria dos enfermeiros tinha uma boa relação com o utente, o antagonismo era dirigido para as filhas e não para o utente. O utente continuou a beneficiar de cuidados de enfermagem de reabilitação. A EEER com quem ocorreu o incidente crítico manteve a sua responsabilidade prévia para com o utente, atualizando o plano de cuidados e mais tarde realizando a carta de alta onde descreveu o ocorrido.

Por outro lado, o evitamento da equipa em relação às filhas não beneficiou o relacionamento entre as duas partes.

## **Que Sentido?**

Em contexto de cuidados e em circunstâncias raras, pode acontecer que o enfermeiro seja o autor principal numa situação de acidente que prejudique o utente com mais ou menos intensidade e com mais ou menos efeitos secundários. Esta ocorrência fez-me rever os passos adequados perante uma situação desta natureza:

- 1-Prestar cuidados de enfermagem sempre em condições de segurança e desta forma evitar o acidente;
- 2-Assumir o erro e pedir desculpa, caso este suceda mesmo com os procedimentos de segurança;
- 3-Envolver a família e assegurar o que terá que ser feito para resolver a situação;
- 4-Tentar focar o ocorrido e não a pessoa com quem ocorreu;
- 5-Não cair na armadilha do evitamento, quer do utente quer da família;
- 6-Realizar registos descritivos da ocorrência que possam explicar o incidente (notificação formal, se necessário), assim como das intervenções desenvolvidas para resolverem a situação.

## **Conclusão** (o que fiz/não fiz e poderia ter feito)

O que fiz..... Pensei e conclui...

Esta situação negativa de cuidados revelou que o EEER deverá sempre ter em conta que a família é também cliente de cuidados. A aplicação de instrumentos

da relação como a empatia, a congruência, a escuta ativa e a clarificação poderão ser instrumentos poderosos para lidar com uma família desagradada e ansiosa. A família vivencia as situações de deficiência com tanta ou mais angústia que o cliente, é à família que são dadas primeiro as más notícias, é a família que continua todos os seus afazeres diários e fica excessivamente sobrecarregada com as exigências de um familiar com um internamento prolongado....O evitamento em situações de crise cria um fosso entre família e enfermeiros que poderá nunca mais ser ultrapassado e poderá levar a família a ter decisões mais drásticas como uma queixa judicial que acarreta não só perdas de tempo e de energia como custos financeiros.

O que não fiz e poderia ter feito.....

**Não defendi a equipa de enfermagem** perante a família: no momento em que as filhas do utente me contaram o ocorrido utilizei como instrumento da comunicação a reformulação e a escuta ativa, à medida que desenrolavam o sucedido apenas dizia: Hum....hum... e repetia as últimas palavras que elas diziam de forma a assegurar a minha atenção ao desenrolar da conversa. Penso agora que deveria ter sido mais corajosa e ter utilizado a clarificação e ter levado aquela família a pensar que foi num momento cuidativo que o incidente ocorreu, na altura em que uma EER estava a investir tempo e energia em cuidar do seu pai.

**Não defendi aquela família** perante a equipa de enfermagem: na altura em que a equipa de enfermagem rotulava a família de “difícil e complicada” poderia ter argumentado com a fragilidade emocional provocada pela doença prolongada do pai e ter questionado se antes do acidente a família se comportavam daquela forma ou se só depois passaram a ser “difíceis e exigentes”.

A minha posição como aluna estagiária no serviço serviu de barreira a uma posição mais interventiva na situação, por outro lado, o receio de complicar ainda mais as coisas também foi impeditivo a um maior envolvimento na situação.

## **Contributos**

A intervenção da família/cuidador na reabilitação do utente no CMRA tem aspetos muito positivos que irei adotar e defender na minha prática futura como EEER. Este período de ensino clínico confrontou-me com quadros familiares dramáticos perante a deficiência de pessoas que viviam sozinhas, outras que eram chefes de família responsáveis pelo orçamento familiar, filhos adultos que passaram novamente a ser cuidados pelos pais.... cenários que me ajudaram a discernir o impacto que estas mesmas situações provocam na família e não só no próprio portador de deficiência. Esta constatação permitiu-me perspetivar uma prática futura mais vocacionada para a família e cuidadores, encarando estes como clientes de cuidados.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 04-03-2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

**novembro, 2014**





# Jornal de Aprendizagem 3

---

## **“A Enfermagem de Reabilitação na comunidade: Multiplicidade de focos de atenção”**

As intervenções terapêuticas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas, nomeadamente ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca e ortopédica (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). Estas são as áreas de intervenção com maior visibilidade na Enfermagem de Reabilitação, e mais focadas nos conteúdos teóricos e teórico-práticos das Unidades Curriculares ministradas no 1º e 2º Semestres deste Curso.

No hospital, com regularidade, as pessoas são distribuídas pelas unidades de cuidados em função do órgão afetado, pelo que, os períodos de ensino clínico em contexto hospitalar muitas vezes oferecem uma visão redutora das circunstâncias em que determinados saberes e técnicas podem ser utilizados e bem-sucedidos. Os utentes internados apresentam afeções com tipologias semelhantes e as intervenções são muitas vezes agrupadas segundo um diagnóstico “major”: mobilizações à pessoa com AVC; mobilizações à pessoa com Lesão Medular, estimulação sensorial do membro parético da pessoa com AVC, treino vesical da pessoa com Lesão Medular, e por aí adiante.....

Ao iniciar o segundo período de ensino clínico em contexto de comunidade, inserida numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), deparei-me com uma multiplicidade de áreas de focos de atenção, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, que até então não tinha valorizado. Uma destas áreas são os **Cuidados Paliativos**. O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER) defende que “os cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação possam ser prestados em contextos diferentes da prática clínica (...) por equipas de cuidados continuados, paliativos e de cuidados na comunidade.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.3). Apesar disso, os cuidados paliativos são muitas vezes encarados como a “antítese”

da reabilitação, reduzidos e limitados a cuidados de higiene e conforto, controlo da dor e de sintomas graves, ao passo que a reabilitação é “guardada” para as pessoas que apresentam um maior potencial de recuperação das suas funções. Na verdade, os cuidados paliativos e de reabilitação poderão ser considerados complementares, do ponto de vista do **Cuidar em Enfermagem**. Tanto os cuidados paliativos como os cuidados de reabilitação estão centrados na pessoa e família, pretendem acompanhar a pessoa no seu projeto de vida e procuram mantê-la o mais independente e ativa possível, dentro das circunstâncias da sua situação de saúde. Os cuidados paliativos são orientados para a pessoa que vive num estágio avançado da sua doença, em que se investe fortemente no controlo sintomático. Os cuidados de reabilitação utilizam, entre outras estratégias, o controlo de sintomas, tais como: dispneia, tosse, astenia, dor, disfagia, obstipação e outras alterações da eliminação vesical e intestinal, porque o controlo sintomático ajuda a pessoa a recuperar as suas funções ou a reaprender a viver com as sequelas da sua doença ou deficiência.

Um grande enfoque da reabilitação na comunidade é o facto do cliente e família serem integrados no processo de decisão onde a negociação dos cuidados e a partilha de responsabilidades são realidades inequívocas e incontornáveis. A Enfermagem de Reabilitação em contexto comunitário aborda a pessoa integrada no seu contexto familiar, religioso, profissional e social. A família é encarada como alvo de especial atenção visto que, cada vez com mais frequência, um elemento da família é escolhido para ser o cuidador de referência. O facto dos internamentos hospitalares serem tendencialmente mais curtos, leva a que o enfermeiro em contexto hospitalar tenha pouco tempo para capacitar o cuidador, ficando esta tarefa reservada para o enfermeiro que trabalha na comunidade. O EEER em contexto comunitário encara a **pessoa e cuidador** (familiar ou não) como **uma unidade**, ambos clientes dos cuidados, não apenas a pessoa dependente. Desta forma, podemos afirmar que a promoção do autocuidado e autocontrolo está assente numa lógica de cuidados centrados na pessoa e na família.

Outra área em que a Enfermagem de Reabilitação tem especial destaque em contexto comunitário está relacionada com o utente portador de demência e/ou de doença degenerativa como é o caso do Alzheimer e o Parkinson. Na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Cacém *Care* o EEER intervém muito ativamente

neste tipo de afeções resultando em **ganhos em saúde** para os utentes, alívio e acompanhamento do cuidador e diminuição de complicações e reinternamentos. Alguns ganhos em saúde conseguidos são a manutenção das amplitudes articulares, a manutenção da força muscular, a diminuição do número de úlceras de pressão, o treino de marcha, o estímulo para a participação nas AVD.... Por outro lado, o cuidador que enfrenta muitas horas de solidão e incertezas (“será que estou a fazer bem?”), consegue com este acompanhamento sentir-se apoiado ao mesmo tempo que esclarece dúvidas e questões relacionadas com a sua situação de cuidados.

Alguns dos objetivos da UCC Cacém *Care* são (ACES, 2013, p.83):

“- Assegurar a continuidade de cuidados de saúde e apoio social dependente/família/cuidador através de intervenções de âmbito preventivo, curativo, de reabilitação e de reinserção social;

- Reabilitar dependentes com patologia do foro músculo-esquelético ou de outra etiologia sempre que esta implique a diminuição da funcionalidade;

- Promover o desenvolvimento de competências nos cuidadores formais e informais, no processo de cuidar;

- Prevenir o isolamento psico-afetivo e a solidão e estimular a autonomia e a mobilidade do dependente só;

- Prevenir a incidência do fenómeno de úlceras de pressão”.

Estes objetivos aspiram ganhos em saúde muito concretos como a diminuição das úlceras de pressão e o aumento da funcionalidade, ao mesmo tempo que subentendem uma conceção da prática de cuidados centrados na pessoa doente e família e suportada nos princípios do respeito pela dignidade humana, na partilha de informação, no envolvimento do doente/família na tomada de decisão e na colaboração doente/família/equipa de saúde.

Considero esta multiplicidade de focos de atenção na **Enfermagem de Reabilitação**, em contexto comunitário, potencializadora da minha aprendizagem, pelo que aplico o **ciclo de Gibbs**:

## **O que aconteceu?**

Ao iniciar o segundo período de ensino clínico deparei-me com uma multiplicidade de áreas de intervenção da Enfermagem de Reabilitação, em contexto comunitário, tais como, cuidados paliativos, utentes com sequelas de AVC antigo e níveis de espasticidade muito elevada, artrite reumatóide, demência, Parkinson, Alzheimer, etc. que foram pouco debatidas em aulas teóricas e teórico-práticas deste curso e aparentemente com menos visibilidade para o EEER.

## **O que estou a pensar?**

Perante estas situações em que os objetivos mais relevantes dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação são o controlo de sintomas e a diminuição de reinternamentos, sou levada a compreender que o EEER intervém num número muito mais variado de afeções e cuida um maior leque de utentes do que estava à espera. Além destas, outras áreas de intervenção emergem, razão pela qual outros alunos deste curso em outros contextos de ensino clínico, referem a intervenção do EEER na massagem terapêutica e no uso das bandas neuromusculares no auxílio do controlo da dor.

## **O que encontrei de bom e mau?**

Fiquei muito satisfeita pela relevância e visibilidade que o EEER tem no seu desempenho na comunidade. Os restantes elementos da equipa reconhecem o valor desta intervenção, assim como os utentes e família.

Os aspetos burocráticos relacionados com a referenciação e avaliação de cada utente para a Rede de Cuidados Continuados Integrados implicam, com frequência, um início tardio dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao próprio utente. Por outro lado, uma comunicação mais eficaz entre os elementos da ECCI e os médicos de família dos utentes inseridos na Rede traria subsídios importantes na prestação de cuidados. A ECCI, particularmente o EEER, intervém num contexto domiciliário encontrando-se na posse constante de dados atualizados sobre as reais circunstâncias e dificuldades do utente/família/cuidador, pelo que uma comunicação mais simplificada e assídua com o médico de família seria bastante benéfica, no ponto de vista do utente e no ponto de vista do EEER.

## **Que Sentido?**

O EEER apresenta competências técnicas, humanas e científicas que lhe dão uma posição privilegiada na comunidade para intervir no utente, na família e na comunidade. A pessoa com alterações da mobilidade ou portadora de deficiência tem direito à participação social e a ser encarada como um cidadão de plenos direitos, pelo que uma família superprotetora que apenas substitui, ou uma sociedade que olha estas pessoas apenas de duas formas: com condescendência ou com indiferença, não lhe atribuem o devido respeito e dignidade. A família tem de ser ensinada e capacitada para estimular o autocuidado e a independência e a sociedade tem de ser instruída e responsabilizada por criar espaços que respeitem todos os cidadãos de igual forma. Este papel poderá e deverá ser assumido pelo EEER!

## **Conclusão** (o que fiz/não fiz e poderia ter feito)

O meu afastamento da prestação de cuidados na comunidade, visto exercer funções em contexto hospitalar há 23 anos, impediu-me inicialmente de discernir o impacto da intervenção do EEER na ECCI. Ao longo do período já realizado de ensino clínico consegui compreender a importância e a relevância da Enfermagem de Reabilitação na comunidade. Muito ainda me falta conhecer, pelo que pretendo manter-me focada em avaliar em que outras áreas o EEER ainda poderá intervir para acompanhar uma população progressivamente mais envelhecida.

## **Contributos**

O envelhecimento da população portuguesa associado a uma maior esperança de vida e ao aumento do número de pessoas portadoras de doenças crónicas, leva a uma maior necessidade e procura de cuidados de Enfermagem de Reabilitação na comunidade. Outro fator associado à importância do EEER neste contexto está relacionado com a redução do número de dias de internamento hospitalar. O ACES SINTRA integra o maior núcleo urbano do concelho de Sintra e a cidade do Cacém engloba as freguesias de Agualva - Mira-Sintra, Cacém - S. Marcos, que correspondem à área de influência do Centro de Saúde do Cacém. Evidencia-se, ainda, o facto de 20,5% da população serem idosos, com idade superior a 65 anos, traduzindo uma elevada procura de cuidados saúde, em

particular no domicílio, decorrente das situações de doenças crónicas instaladas e ainda com algum nível de dependência (ACES, 2013).

A compreensão do papel do EEER na ECCI permitiu-me perspetivar uma prática na comunidade muito mais rica e valorizável. Consigo ver-me a desempenhar funções neste contexto. Segundo as EEER orientadoras que desempenham funções nesta ECCI, o EEER poderá intervir na comunidade em outras áreas ainda não exploradas mas já cogitadas, como a saúde escolar, em programas de prevenção do tabagismo e outros, e também na prevenção de lesões músculo-esqueléticas em contexto laboral.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ACES Sintra. (2013). *Documento em Word*.(2014-06-04). Plano de Acção 2014 / 2016: Unidade de Cuidados na Comunidade Cacém Care. Acessível na UCC Cacém Care, Cacém, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 02-01-2014. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 04-03-2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

**dezembro, 2014**

# Jornal de aprendizagem 4

---

## **“A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Equipa de Cuidados Continuados Integrados”**

Ao iniciar o segundo período de Ensino Clínico em Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrada numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), senti-me “constrangida” a compreender um pouco melhor a organização dos cuidados prestados neste contexto, assim como a forma como a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) emergiu na atual conjuntura e qual o seu papel na sociedade. O meu afastamento dos cuidados comunitários deixou-me “à deriva” no que diz respeito à atual organização dos mesmos. Pergunto-me: “Por que é que tem de ser assim?” Na realidade os utentes dos cuidados comunitários são os mesmos que recorrem aos cuidados hospitalares. Então, porque é que continua a existir um “fosso” que separa os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares? Assim, dediquei algum tempo a pesquisar este tema, visto que discerni que a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na comunidade é preponderante e cada vez mais reconhecida como indiscutivelmente necessária.

Segundo o Despacho nº 1981/2014 de 7 de fevereiro, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados de saúde e/ou apoio social. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra. Este nível intermédio de cuidados tem como objetivo a recuperação da pessoa de forma a maximizar a sua qualidade de vida por manter os cuidados de saúde num contexto domiciliário, sem as complicações reais e potenciais de um internamento hospitalar prolongado, sendo simultaneamente mais favorável para a pessoa e cuidadores e resultando numa melhor gestão de recursos humanos e financeiros. Assim, consideram-se como critérios gerais de admissão de um utente na RNCCI:

- Dependência funcional transitória decorrente de um processo de convalescença ou outro;
- Dependência funcional prolongada;
- Idoso com critérios de fragilidade;
- Incapacidade grave com forte impacto psicossocial;
- Doença severa, em fase avançada ou terminal.

A RNCCI dirige-se, assim, a pessoas em situação de dependência que, independentemente da idade, precisem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados através de Unidades de internamento (Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação, Unidade de Longa Duração e Manutenção e Unidade de Cuidados Paliativos), Unidade de ambulatório (Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia), Equipas hospitalares (Equipa de Gestão de Altas e Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos) e Equipas domiciliárias (**ECCI** e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos) (ACSS, 2011).

Particularizando as ECCI, visto estar a realizar um período de Ensino Clínico inserida numa destas equipas, na minha pesquisa compreendi que as mesmas são da responsabilidade das UCC, que por sua vez estão inseridas em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), e direcionam a sua intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento. A sua operacionalização contempla ainda a intervenção da Rede Social, no apoio social domiciliário. Idealmente, devem incluir profissionais de saúde com formação específica em cuidados paliativos. Desta forma, são objetivos das ECCI:

- Ajustar um plano de intervenção de cuidados, na perspetiva social e da saúde, às necessidades reais e objetivos específicos do utente em situação de dependência e sua família, fomentando a recuperação do utente no seu domicílio;
- Envolver o utente e familiar/cuidador no plano de intervenção concebido, tendo como alvo a promoção do autocuidado, contribuindo assim para uma maior autonomia do utente e família;



- Assegurar a formação e o acompanhamento dos cuidadores formais e informais, no sentido de garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Durante este período de estágio compreendi ainda que a ECCI tem autoridade para dar início ao processo de referenciação de um utente para uma Unidade de Internamento, caso exista essa necessidade, sendo que estas Unidades apresentam a seguinte tipologia (ACSS, 2011):

- Unidade de Convalescença: adequadas a pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou de recorrência de um processo crónico, com **elevado potencial de reabilitação** e previsibilidade de até 30 dias consecutivos;
- Unidades de Média Duração e Reabilitação: transitórias, promovem a **reabilitação e a independência**, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou de um processo de descompensação crónico mas cujo internamento prevê-se que se situe entre 30 dias e 90 dias;
- Unidades de Longa Duração e Manutenção<sup>38</sup>: adequadas a pessoas que necessitem de cuidados que **previnam o agravamento da situação de dependência**, com processos crónicos complexos, que não possam ser cuidados no domicílio. Este tipo de internamento prevê-se em regra superior a 90 dias;
- Unidades de Cuidados Paliativos: destinam-se a doentes com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal e que requerem **cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo**.

Na sua grande maioria, as ECCI integram na sua estrutura EEER que prestam cuidados de Reabilitação domiciliare, como é exemplo a ECCI onde fui integrada neste período de estágio. Os ganhos em saúde são consensualmente percebidos na diminuição de úlceras de pressão, na redução do número de reinternamentos por complicações e/ou agudizações, no aumento da capacidade do utente para o autocuidado, no aumento da capacidade do cuidador para assistir no autocuidado, etc., sendo estes ganhos revelados nos indicadores de qualidade da UCC (ACES Sintra, 2013). Ao prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a

---

<sup>38</sup> As **Unidades de Longa Duração** são as unidades escolhidas quando o utente é internado para descanso do cuidador. O internamento para descanso do cuidador tem a duração de 30 dias seguidos e 90 dias por ano. Pode ser requisitado este tipo de internamento por exaustão física e/ou emocional do cuidador mas também em situações programadas, como no caso do cuidador ser submetido a uma cirurgia ou ter que realizar uma viagem, e até mesmo em circunstâncias de conflitos familiares.

peessoas num contexto de ECCI, o EEER intervém por negociar um plano individual de intervenção tendo por base as expectativas da família e a sua avaliação real. Algumas das intervenções do EEER neste contexto são:

- Monitorização de sintomas (TA, P, glicémia);
- Manutenção da integridade cutânea (escala de Braden);
- Prevenção de quedas (Escala de Berg);
- Promoção de bom estado nutricional (Incentivar a alimentação oral- despiste de disfagia- espessante);
- Controlo de esfíncteres (treino vesical e intestinal);
- Prevenção da síndrome de imobilidade;
- Apoio aos cuidadores informais e formais;
- Aconselhamento sobre produtos de apoio e ensino sobre a gestão das barreiras arquitetónicas no envolvente do utente (degraus, disposição do mobiliário);
- Reeducação funcional sensório-motora (treinos de equilíbrio, marcha, fortalecimento muscular, manutenção das amplitudes articulares, exercícios de coordenação motora, treino de motricidade fina, exercícios de reabilitação cognitiva, treino de AVD- índice de Barthel);
- Reeducação funcional respiratória (auscultação dos campos respiratórios, respiração abdominodiafragmática, consciencialização dois tempos respiratórios, abertura costal seletiva e global com e sem bastão, manobras acessórias- percussão, compressão e vibração, ensino da tosse, posições de drenagem, aspiração de secreções, treino de tolerância ao esforço).

O contexto domiciliário tem grande potencial, apela à criatividade e estimula a parceria com a família/cuidadores, sendo um local por excelência, onde o EEER poderá intervir com resultados muito positivos para o utente e família. Neste sentido, considero a intervenção do EEER na ECCI, no contexto da RNCCI, potenciadora da minha aprendizagem, pelo que aplico o **ciclo de Gibbs**:

### **O que aconteceu?**

Ao iniciar o segundo período de Ensino Clínico integrada numa ECCI, em UCC, constatei que o meu afastamento dos cuidados em comunidade condicionou grandemente o meu conhecimento sobre a organização dos mesmos. As siglas que

me eram apresentadas: UCC, ECCI, USF, etc. eram-me completamente estranhas. Com o objetivo de colmatar esta falta de conhecimento, questionei as enfermeiras orientadoras sobre a organização dos cuidados nas ECCI e fiz pesquisa adicional sobre a RNCCI.

### **O que estou a pensar?**

Pergunto-me: Por que é que continua a existir um afastamento tão grande entre o enfermeiro “de hospital” e de “cuidados comunitários”? Visto que os utentes dos cuidados hospitalares são os mesmos que são “devolvidos” à comunidade no fim do seu internamento, senti que como enfermeira a cuidar no hospital necessitava de conhecer melhor a organização dos cuidados na comunidade. O enfermeiro, e mais precisamente o enfermeiro especialista intervém como consultor e por esta razão tem de estar atualizado e preparado para fornecer informações adequadas à pessoa e família que estão aos seus cuidados.

### **O que encontrei de bom e mau?**

A RNCCI vem dar resposta a uma sociedade progressivamente mais envelhecida, numa altura em que a mulher (cuidadora tradicional) já não está no domicílio para cuidar dos idosos. No contexto dos cuidados continuados comunitários, o EEER intervém com uma importância exponencialmente mais preponderante e reconhecida pelos pares, utentes e família. Os utentes inseridos e cuidados pelas ECCI apresentam ganhos em saúde inquestionáveis.

Por outro lado, a informação sobre a RNCCI deveria estar mais divulgada entre profissionais de saúde no hospital. Neste ponto, as equipas hospitalares associadas à Rede poderiam ter um papel mais dinâmico em divulgar esta informação. Os enfermeiros em contexto hospitalar também deveriam aceder mais frequentemente a informação sobre os recursos comunitários existentes para poderem prestar cuidados globais e com continuidade na comunidade. A maior parte dos enfermeiros em contexto hospitalar ainda não tem acesso à plataforma de dados de saúde dos utentes, pelo que muitas vezes desconhece completamente os antecedentes clínicos e pessoais dos utentes de quem cuida. A RNCCI, nesta situação, deveria criar condições para que em todas as unidades de cuidados nacionais seja possível aceder à plataforma. Na comunidade, as burocracias

associadas à referenciação dos utentes para a Rede atrasam o início dos cuidados e são uma fonte de ansiedade para profissionais, utentes e famílias.

Além dos aspetos apontados, notei em alguns contextos familiares alguma sobrecarga do cuidador. Esta situação era sempre entendida pelas EEER que cuidavam estas famílias e que sempre tentavam colocar ao dispor a possibilidade de internamento numa das unidades da RNCCI, no entanto, o processo é moroso e envolve muita burocracia, pelo que nem sempre responde às necessidades sentidas e percebidas nestes cuidadores.

### **Que Sentido?**

A importância da intervenção do EEER na comunidade assume progressivamente mais relevância. A RNCCI visa a prestação de cuidados de saúde a pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade e dependência, pelo que o principal objetivo da Rede é melhorar a funcionalidade através da sua reabilitação, reinserção e reintegração social e familiar. Estes objetivos são concordantes com os objetivos da Enfermagem de Reabilitação que visam a recuperação/manutenção funcional da pessoa, o treino do cuidador e a transição saudável da pessoa dependente no autocuidado para o domicílio/comunidade.

Por outro lado, existem na comunidade variados focos de atenção para a Enfermagem de Reabilitação que ultrapassam os focos mais clássicos de atuação, como a reabilitação respiratória e a reabilitação sensório-motora. Na comunidade o EEER intervém em pessoas com síndromes de imobilidade graves associados a utentes rotulados como “não tendo potencial” de reabilitação, com excelentes resultados, assim como em utentes portadores de demência no campo da reabilitação cognitiva. Desta forma, consegui compreender que outros campos de intervenção ficam “em aberto” e podem ser explorados pelo EEER.

### **Conclusão** (o que fiz/não fiz e poderia ter feito)

Como enfermeira, independentemente de prestar cuidados em contexto hospitalar ou comunitário, deveria ter-me mantido mais atualizada sobre os recursos existentes na comunidade, de forma a ter transmitido essa informação às pessoas e famílias de quem cuido. É importante reconhecer que os cuidados de saúde não

estão estanques dentro das 4 paredes de uma unidade de cuidados e só fazem sentido quando estão de acordo com as expectativas, desejos e projetos de vida da pessoa e família. Desta forma, a continuidade dos cuidados e a transmissão da informação são cada vez mais importantes na programação da alta e no regresso a casa.

## **Contributos**

O EEER incorpora as competências técnicas, científicas e humanas necessárias à prestação de cuidados de enfermagem especializados que lhe permitem atuar com grande responsabilidade e impacto positivo na transição da pessoa que fica dependente no autocuidado e na transição da família para o papel de prestador de cuidados. Estas competências estão de acordo com o perfil de competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), sendo alguns dos critérios de avaliação das mesmas competências:

- “Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio--respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade”;
- “(...) utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardio-respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade”;
- “ Identifica factores facilitadores e inibidores para a realização de AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa”;
- “Avalia os aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade”;
- “Selecciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) “;
- “Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito de programas definidos com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento /domicílio /comunidade) ”;
- “Demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica”;
- “Identifica barreiras arquitectónicas”;
- “Emite pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade”;

- “Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida)” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.3,4).

Neste contexto, é bem manifesta a importância da presença de EEER nas ECCI que através de técnicas específicas de reabilitação intervém na capacitação do utente e cuidadores, assumindo um papel decisivo e positivo na reintegração da pessoa na família e na comunidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACES Sintra. (2013). *Documento em Word*.(2014-06-04). Plano de Acção 2014 / 2016: Unidade de Cuidados na Comunidade Cacém Care. Acessível na UCC Cacém Care, Cacém, Portugal.

ACSS. (2011). *Manual do Prestador: Recomendações para a Melhoria Contínua*. Acedido a 26-01-2015. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Manual%20do%20Prestador%20RNCCI.pdf>

Despacho n.º 1981/2014 de 7 de fevereiro. Diário da República, 2.ª série, N.º 27. Ministério da Saúde. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 02-01-2014. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

janeiro, 2015